

**BOODSKAPTOEPASLIKHEID
IN MEDIAGEBRUIK VIR GESONDHEIDSOPVOEDING
BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSAP**

deur
JOHANN HUGO
B.A (B.K.), M.Ed, D.Ed, D.T.O.

Proefskrif ingelewer vir die graad
Doktor in die Opvoedkunde
(Didaktiek)
aan die Universiteit van Stellenbosch



Promotor: Dr MJ Smit

Desember 1997
Stellenbosch

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie proefskrif vervat my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Desember 1997

OPSOMMING

Boodskappe vir gesondheidsopvoeding is 'n dinamiese verskynsel, want dit raak mense se gesondheid en welsyn op alle vlakke. Programme vir gesondheidsopvoeding misluk egter dikwels weens die ontoepaslikheid van mediaboodskappe. Die doel van hierdie navorsing was om die volgende hipotese te bevestig of verwerp, naamlik dat boodskappe vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon, wat deur spesifieke beginsels asook praktykryglyn vir verhoogde boodskaptoepaslikheid gerugsteun word. Die navorsing het in drie opeenvolgende fases verloop, naamlik 'n teoretiese ondersoek, 'n empiriese ondersoek en 'n modelontwerp.

Die teoretiese komponent het gefokus op die grondslae van gesondheidsopvoeding, gesondheidsbevordering en gemeenskapsontwikkeling; didaktiese vertrekpunte vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding; invloedsfaktore by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap; mediatoepassings in gesondheidsopvoeding; asook aspekte van kommunikasie in gesondheidsopvoeding. Gesondheidsopvoeding hang ten nouste saam met gesondheidsbevordering en kan omskryf word as enige beplande leeraktiwiteit om ingeligte besluitneming oor gesondheid en siekte te verbeter.

'n Belangrike bevinding is dat boodskappe vir gesondheidsopvoeding teikengerig moet wees. Mediaboodskappe moet dus op individue, gesinne en gemeenskappe se behoeftes aan gesondheidsopvoeding gebaseer wees. Verskillende invloedsfaktore is bepalend vir suksesvolle gesondheidsopvoeding, onder andere die beginsels van toepaslike tegnologie asook die visuele geletterdheid en sosio-kulturele agtergrond van die teikengroep.

Die spektrum toepaslike media vir gesondheidsopvoeding sluit eenvoudige oudiovisuele media en gevorderde elektroniese massamedia in, wat gebruik kan word om leerdoelwitte in verband met kennis, houdings, vaardighede en verandering van gesondheidsgedrag te bereik. Hierbenewens kan tradisionele media soos volksliedere en poppespel in ontwikkelende lande nie geïgnoreer word nie. 'n Voorvereiste vir boodskaptoepaslikheid is dat media by die geheel van 'n onderrigleersituasie geïntegreer moet word. By implikasie is mediaseleksie 'n belangrike faktor wat suksesvolle onderrig en leer bepaal. Hierin is die kommunikasiekodes van elke individuele medium deurslaggewend, want suksesvolle leer word deur simboliese kodesisteme eerder as tegnologie op sigself bevorder.

In die empiriese ondersoek is die belangrikste riglyne vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding geïdentifiseer en geprioritiseer. Daar is op grafiese-, fotografiese-, teksontwerp-, en oudiovisuele programontwerpriglyne asook riglyne vir sosio-kulturele kontekstualisering van boodskappe gefokus. Die resultate dui op 'n al-

gemeen hoë korrelasie tussen die standpunte van mediakundiges en dieetkundiges ten opsigte van die belangrikste koderingsriglyne in die onderskeie mediakategorieë. Die teoretiese navorsing en empiriese ondersoek, tesame met 'n analise van sekere situasionele invloedsfaktore, het op 'n modelontwerp vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap in Suid-Afrika uitgeloop. Die model stel riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding, gesondheidskommunikasie, toepaslike en doeltreffende mediagebruik asook vir sosio-kulturele sensitiwiteit. Met die oog op die praktyk sluit die model riglyne vir boodskapontwerp en media-akkulturasie in. Aangesien toepaslike gesondheidsboodskappe onderskei kan word van ontoepaslike boodskappe, is riglyne vir die evaluering van boodskaptoepaslikheid neêrgeleë. 'n Meganisme is gegeneer om die relatiewe toepaslikheid van media vir gesondheidsopvoeding tydens evaluering te klassifiseer. Uit die modelontwerp het 'n teoretiese toepassing vir gesondheidsopvoedingboodskappe oor die Verworwe Immuniteitsgebrek Sindroom (VIGS) en tuberkulose (TB) in twee geselekteerde gemeenskappe van die Wes-Kaap gevolg. Die moontlikheid vir wyer toepassing in ander multikulturele ontwikkelende gemeenskappe is aangetoon. In ag genome die resultate van hierdie navorsing is die aanvanklike hipotese bevestig. Spesifieke aanbevelings het uit die navorsing voortgespruit en verdere navorsingsmoontlikhede is geformuleer.

ABSTRACT

Messages for health education is a dynamic phenomenon, because it effects the health and well-being of people at all levels. However, health education programmes often fail due to the inappropriateness of media messages. The aim of this research was to support or reject the following hypothesis, namely that messages for health education in a multi-cultural developing community show unique characteristics that depend on specific principles and practical guidelines for improved message appropriateness. The study was organised in three phases, namely a theoretical study, an empirical study, and the design of a model.

The theoretical component covered fundamental concepts in health education, health promotion and community development; didactic principles for message appropriateness in health education; influencing factors in health education in a multi-cultural developing society; media applications in health education; as well as communication aspects of health education. Health education is a component of health promotion, and can be defined as any planned learning experience to facilitate informed decision-making about health and disease.

An important finding is that messages for health education must aim a particular targets. Consequently, media messages must be based upon the health education needs of individuals, families, and communities. A number of factors determine successful health education, for example the principles of appropriate technology, and the visual literacy as well as socio-cultural background of the target audience.

The range of appropriate media for health education includes various low tech audio-visual media and high tech electronic mass media, which can be applied to achieve learning objectives in terms of knowledge, attitudes, and skills, as well as changing health behaviour. In addition, traditional media such as folk songs and puppetry should not be ignored in developing countries. A prerequisite for message appropriateness is that media must be integrated with all teaching and learning activities. This implies that media selection is an important factor in successful health education. In this process the communication codes of each individual medium is a decisive factor, since successful learning is not determined by technology as such, but rather by the symbolic code into which a message is dressed.

In the empirical study the most important principles for encoding appropriate health education messages were identified and prioritised. The study focussed on graphic, photographic, text design and audiovisual program design guidelines, as well as guidelines for socio-cultural contextualisation of messages. The results indicate a general high correlation between the viewpoints of media specialists and dieticians regarding the most important encoding guidelines for the respective media categories.

The theoretical and empirical phases, combined with an analysis of certain situational influencing factors produced a model for message appropriateness in health education in a multi-cultural developing community. The model firstly guidelines for effective health education, effective health communication, appropriate and effective media use, as well as for socio-cultural sensitivity. It also includes guidelines for practical issues such as appropriate message design and media acculturation. Due to the fact that appropriate health messages can be distinguished from inappropriate messages, the model also states guidelines for evaluating message appropriateness. A mechanism was designed to categorise the relative appropriateness of media for health education during the evaluation process.

Following the model design, a theoretical application was made for health education messages on the Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) and tuberculosis (TB) in two selected communities in the Western Cape. Possibilities for wider application of the model in other multicultural developing communities were indicated.

The findings of this research support the initial hypothesis. Specific recommendations have been formulated and possibilities for further research were formulated.

"There is nothing more responsible for shaping the character of Africa than health, or more appropriately, the lack of good health"

David Lamb 1990:260

"Media and technology is culturally appropriate if it gives the learner access to meaningful knowledge"

Kedmon Hungwe 1989:22

INHOUDSOPGAWE**Hoofstuk 1****INLEIDENDE ORIËNTERING**

1.1	INLEIDING	1
1.2	BEGRIPSVERHELDERING	3
1.2.1	Gesondheid	3
1.2.2	Gesondheidsopvoeding	5
1.2.3	Ontwikkkelende gemeenskap	6
1.2.4	Media	7
1.2.5	Boodskaptoepaslikheid	7
1.3	PROBLEEMSTELLING	8
1.4	VERDERE MOTIVERING VIR DIE NAVORSING	11
1.4.1	Die hedendaagse klem op primêre gesondheidsorg	13
1.4.2	Die vraag na doeltreffende gesondheidskommunikasie	14
1.4.3	Die vraag na gesondheidsopvoeding	18
1.4.4	Navorsingsbevindinge oor gesondheidsopvoeding	19
1.4.5	Die stand van gesondheidsbevordering in Suid-Afrika	19
1.4.6	Die vraag na ontwikkelingshulp deur Suid-Afrika	20
1.4.7	Die vraag na toepaslike tegnologie en media	21
1.4.8	Mediariglyne van die Wêreld Gesondheidsorganisasie	23
1.5	DOEL VAN DIE NAVORSING	25
1.5.1	Oorkoepelende doelstelling	25
1.5.2	Besondere doelwitte	25
1.6	TERREINAFBAKENING EN NAVORSINGSMETODES	25
1.7	VERDERE VERLOOP VAN DIE NAVORSINGSPROGRAM	26

Hoofstuk 2**FUNDAMENTELE GRONDSLAE VAN GESONDHEIDSOPVOEDING, GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING**

2.1	INLEIDING	29
2.2	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GESONDHEIDSBEVORDERING	29
2.3	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING	33
2.4	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING	34
2.5	BASIESE ETOSBENADERINGS IN GESONDHEIDSBEVORDERING	36
2.5.1	Die diensetos	36
2.5.2	Die bemagtigingsetos	36
2.5.3	Praktiese implikasies	36
2.6	VERSKILLENDEN BENADERINGS TOT GESONDHEIDSOPVOEDING	37

2.6.1	Die voorkomingsbenadering	39
2.6.2	Die opvoedingsbenadering	39
2.6.3	Die bemagtigingsbenadering	40
2.6.4	Die gesondheidsgerigte benadering	40
2.6.5	Die radikaal-politiese benadering	41
2.6.6	Sintese	41
2.7	PRIMÊRE TEIKENGROEPE IN GESONDHEIDSOPVOEDING	42
2.8	TOETREEVLAKKE TOT GESONDHEIDSOPVOEDING	44
2.8.1	Formele, nie-formele en informele gesondheidsopvoeding	44
2.8.2	Vlakke van voorkomende gesondheidsopvoeding	45
2.9	DIE SPANBENADERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING	46
2.10	SAMEVATTING	50

Hoofstuk 3

DIDAKTIESE VERTREKPEUNTE VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN GESONDHEIDSOPVOEDINGPRAKTYK

3.1	INLEIDING	52
3.2	RIGLYNE VIR DOELTREFFENDE ONDERRIG IN GESONDHEIDS- OPVOEDING	52
3.2.1	Beplanning	53
3.2.2	Doelstellings	53
3.2.3	Motivering	54
3.2.4	Individualisering	54
3.2.5	Belewing	54
3.2.6	Sosialisering	55
3.2.7	Selfwerkzaamheid	55
3.2.8	Geheelsiening	56
3.2.9	Bemeestering	56
3.2.10	Evaluering	56
3.3.	IMPLIKASIES VAN ONDERRIG-RIGLYNE VIR BOODSKAP- TOEPASLIKHEID	56
3.4	KOMPONENTE VAN SISTEMATIESE PROGRAMBEPLANNING	57
3.4.1	Doelstellings	60
3.4.2	Leerinhoude	61
3.4.3	Onderwysmetodes	63
3.4.4	Media-integrering	65
3.4.5	Evaluering	73
3.5	SAMEVATTING	74

Hoofstuk 4

SITUASIE-ANALISE VAN INVLOEDSFAKTORE BY GESONDHEIDSOPVOEDING IN MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAPPE

4.1	INLEIDING	77
4.2	DIE KOMPLEKSITEIT VAN INVLOEDSFAKTORE IN GESONDHEIDSOPVOEDING	78
4.3	ONDERSKEID TUSSEN MAKRO- EN MIKRO-INVLOEDSFAKTORE	80
4.3.1	Moontlike makro-invloedsfaktore	80
4.3.1.1	Die rol van opvoedingsvlak en geletterdheid	81
4.3.1.2	Die verskynsel van toepaslike tegnologie	82
4.3.1.3	Die proses en produk van tegnologie-oordrag	83
4.3.2	Moontlike mikro-invloedsfaktore	85
4.3.2.1	Kennis	85
4.3.2.2	Vaardighede	86
4.3.2.3	Houding	86
4.3.2.4	Waardes	88
4.3.2.5	Oortuiging en opvattinge	88
4.4	DIE INTERAKSIE TUSSEN VERSKILLENDE INVLOEDSFAKTORE	89
4.5	FOKUS OP SOSIO-KULTURELE INVLOEDSFAKTORE	92
4.5.1	Verskille tussen Westerse en tradisionele geneeskunde	92
4.5.2	Kultuurverwante opvattinge oor seksualiteit en die huwelik	93
4.5.3	Kultuurverwante opvattinge oor voeding	94
4.5.4	Die wyer invloed van tradisionele geneeskunde	95
4.6	IMPLIKASIES VIR GESONDHEIDSOPVOEDING	97
4.7	SAMEVATTING	98

Hoofstuk 5

PERSPEKTIEF OP MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING

5.1	INLEIDING	100
5.2	ORIENTERING IN VERBAND MET MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING	100
5.2.1	Mediakategorieë in gesondheidsopvoeding	100
5.2.2	Didaktiese voordele van mediagebruik in gesondheidsopvoeding	101
5.3	OORSIG VAN MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING	102
5.3.1	Voorbeelde van grafika	103
5.3.2	Voorbeelde van fotografie	103
5.3.3	Voorbeelde van tradisionele media	110
5.3.4	Voorbeelde van die multimediabbenadering	114

5.3.5	Voorbeelde van gevorderde tegnologie	114
5.3.6	Mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap	115
5.4	ASPEKTE VAN MEDIA EN LEER IN GESONDHEIDSOPVOEDING	120
5.4.1	Die gebruik van media as leerbronne	120
5.4.2	Die rol van breinfunksies, leerstyle en mediavorkeure	122
5.4.3	Die relatiewe effek van media op verskillende leerdomeine	123
5.4.4	Analise van artikels oor mediagebruik in gesondheidsopvoeding	125
5.4.5	Ondersteunende navorsingsresultate	126
5.4.5.1	Pamflette	133
5.4.5.2	Illustrasies	130
5.4.5.3	Rolprente, video en massamedia	130
5.4.5.4	Rekenaargebruik en die multimediabbenadering	131
5.5	SAMEVATTING	131

Hoofstuk 6

ASPEKTE VAN KOMMUNIKASIE IN GESONDHEIDSOPVOEDING

6.1	INLEIDING	134
6.2	BASIESE KOMMUNIKASIESTRATEGIEË IN GESONDHEIDSOPVOEDING	134
6.2.1	Die Inligtingstrategie	135
6.2.2	Oorredingskommunikasie en die Bemakingstrategie	135
6.3	ASPEKTE VAN MASSAKOMMUNIKASIE	143
6.3.1	Die reikwydte van massamedia	144
6.3.2	Die funksies en impak van massamedia in die gemeenskap	145
6.3.3	Die beperkinge van massakommunikasie	147
6.3.4	Riglyne vir massamediagebruik in gesondheidsopvoeding	149
6.4	BOODSKAPASPEKTE IN GESONDHEIDSKOMMUNIKASIE	151
6.4.1	Moontlike benaderings in boodskapformulering	151
6.4.1.1	Die vreesbenadering	151
6.4.1.2	Die logiese benadering	151
6.4.1.3	Die emosionele benadering	151
6.4.1.4	Die positiewe benadering	152
6.4.1.5	Die negatiewe benadering	152
6.4.1.6	Die eensydige benadering	152
6.4.1.7	Die gebalanseerde benadering	152
6.4.1.8	Die humoristiese benadering	152
6.4.2	Sosio-kulturele aspekte van gesondheidskommunikasie	154
6.4.2.1	Die rol van interkulturele kommunikasie	155
6.4.2.2	Die moontlikheid van kultuurvreemde taalgebruik	156

6.4.2.3	Die moontlikheid van kultuurvreemde liggaamstaal	157
6.4.2.4	Die moontlikheid van kultuurvreemde humor	158
6.4.2.5	Die moontlikheid van kultuurvreemde visuele beelde	158
6.4.3	Perspektief op boodskapeffekte in gesondheidsgedrag	164
6.4.3.1	Die kompleksiteit van media-effekte	164
6.4.3.2	Gunstige effekte van mediaboodskappe	166
6.4.3.3	Moontlike nadelige effekte van mediaboodskappe	167
6.4.3.4	Uiteenlopende effekte van media-advertensies	171
6.4.4	Die rol van mediageletterdheid	172
6.4.4.1	Vorme van mediageletterdheid	173
6.4.4.2	Die belangrikheid van media- en visuele geletterdheid	174
6.4.4.3	Die kommunikatiewe effek van visuele ongeletterdheid	174
6.4.5	Implikasies vir mediagebruik en boodskapontwerp	176
6.5	SAMEVATTING	177

Hoofstuk 7

'N TEORETIESE VERWYSINGSRAAMWERK VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING

7.1	INLEIDING	180
7.2	DIE UITDAGING TOT TOEPASLIKE BOODSKAPONTWERP	180
7.3	FUNKSIONALITEIT AS UITGANGSPUNT IN BOODSKAPONTWERP	182
7.4	DIE SPEKTRUM VAN BEELDKOMMUNIKASIEVORME	185
7.5	DIE SAMEHANG TUSSEN VISUELE EN VERBALE KODES	186
7.6	RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING	188
7.6.1	Algemene koderingsriglyne vir media in onderrig	188
7.6.2	Riglyne vir toepaslike mediese illustrasies	188
7.6.3	Riglyne vir toepaslike kliniese fotografie	189
7.6.4	Riglyne vir toepaslike oudiovisuele boodskappe in ontwikkelende gemeenskappe	189
7.6.5	Riglyne vir toepaslike illustrasies in ontwikkelende gemeenskappe	193
7.6.6	Riglyne vir toepaslike teks in gesondheidsopvoeding	197
7.6.7	Enkele ondersteunende navorsingsresultate	202
7.7	SAMEVATTING	204

Hoofstuk 8

RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING: 'N EMPIRIESE ONDERSOEK ONDER MEDIAKUNDIGES EN DIEETKUNDIGES

8.1	INLEIDING	207
-----	-----------	-----

8.2	DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK	207
8.3	DIE ONDERSOEKMETODE EN VRAELYSONTWERP	208
8.4	DIE TEIKENPOPULASIE	209
8.5	RESPONS EN DEMOGRAFIESE GEGEWENS VAN RESPONDENTE	211
8.5.1	Responsdata	211
8.5.2	Demografiese gegewens van respondente	211
8.6	RESULTATE	211
8.6.1	Analise van onderskeie groeepresponse	211
8.6.2	Analise van responskorrelasies	215
8.6.3	Analise van itemrangorde	218
8.6.4	Rangorde van belangrikste items	218
8.7	BESPREKING	220
8.8	SAMEVATTING	221

Hoofstuk 9

BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN MEDIAGEBRUIK VIR GESONDHEIDSOPVOEDING BINNE 'N SUID-AFRIKAANSE MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP: 'N MODELONTWERP

9.1	INLEIDING	233
9.2	'N MODELONTWERP VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID BY GESONDHEIDSOPVOEDING BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP IN SUID-AFRIKA	233
9.2.1	Situasie-analise	234
9.2.1.1	Die RSA se gesondheidstatus	234
9.2.1.2	Aspekte van die RSA se nuwe gesondheidsplan	236
9.2.1.3	Die VIGS-situasie in die RSA	237
9.2.1.4	Die TB-situasie in die RSA	239
9.2.1.5	Die geletterdheidsituasie in die RSA	241
9.2.1.6	Die demografiese profiel van die RSA	242
9.2.1.7	Die kommunikasie-infrastruktuur in die RSA	243
9.2.1.8	Mediagebruikspatrone en mediateikenmarkte in die RSA	245
9.2.2	Sleutelkomponente van die model vir boodskaptoepaslik- heid by gesondheidsopvoeding in die RSA	251
9.2.2.1	Die strukturele hoekstene	252
9.2.2.2	Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding	252
9.2.2.3	Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie	254
9.2.2.4	Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik	256
9.2.2.5	Riglyne vir sosio-kulturele sensitiwiteit	262
9.2.2.6	Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie	263
9.2.2.7	Riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid	267

9.2.2.8	Sintese	275
9.3	'N TEORETIESE TOEPASSING VAN DIE MODEL BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP IN DIE RSA	281
9.3.1	Keuse van gemeenskap, teikengroepe en boodskap- onderwerpe	281
9.3.1.1	Riglyne vir VIGS-opvoeding aan tieners in Khayelitsha	283
9.3.1.2	Riglyne vir TB-opvoeding aan volwassenes in Ravensmead	286
9.3.1.3	Bespreking	289
9.3.2	Wyer toepassingsmoontlikhede	291
9.4	SAMEVATTING	292

Hoofstuk 10

SAMEVATTING EN SLOTPERSPEKTIEF

10.1	INLEIDING	300
10.2	SAMEVATTING VAN DIE TEORETIESE ONDERSOEK	300
10.3	SAMEVATTING VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK	302
10.4	SAMEVATTING VAN DIE MODELONTWERP	304
10.4.1	Die strukturele hoekstene	304
10.4.2	Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding	304
10.4.3	Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie	304
10.4.4	Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik	304
10.4.5	Riglyne vir sosio-kulturele sensitiwiteit	305
10.4.6	Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie	305
10.4.7	Riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid	306
10.4.8	Toepassing van die model	306
10.5	GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS	306
10.5.1	Gevolgtrekking	306
10.5.2	Aanbevelings	307
10.5.3	Verdere navorsingsmoontlikhede en verwante ondersoeke	307
10.6	SLOTOPMERKING	309

LYS VAN GRAFIEKE, ILLUSTRASIES EN DIAGRAMME

Figuur 1.1	Die relatiewe aard van gesondheidstatus	4
Figuur 1.2	Positiewe en negatiewe dimensies van gesondheid	4
Figuur 1.3	Primêre fokuspunkte en bydraende komponente van gesond- heidsopvoeding	5
Figuur 1.4	Kommunikasie-aspekte in gesondheidsgedrag	15
Figuur 2.1	Primêre doelwitte en strategieë in gesondheidsbevordering	30

Figuur 2.2	Gesondheidsopvoeding in samehang met gesondheidsbevordering	31
Figuur 2.3	Die holistiese benadering tot gesondheidsbevordering	32
Figuur 2.4	Gesondheidsaspekte in gemeenskapsopvoeding	35
Figuur 2.5	Die tradisionele benadering tot gesondheidsopvoeding	38
Figuur 2.6	Die moderne benadering tot gesondheidsopvoeding	38
Figuur 2.7	Primêre teikengroepe in gesondheidsopvoeding	43
Figuur 2.8	Verskillende rolspelers by gesondheidsopvoeding op skoolvlak	49
Figuur 3.1	Basiese riglyne vir doeltreffende onderrig	52
Figuur 3.2	Die sisteembenadering in gesondheidsopvoeding	58
Figuur 3.3	Die verband tussen sisteemkomponente in gesondheidsopvoeding	59
Figuur 3.4	Sleutelkomponente in opvoeding oor seksualiteit	62
Figuur 3.5	Media as komponente van die onderrigleersituasie	66
Figuur 3.6	Mediaseleksie in samehang met ander programontwerpkomponente	66
Figuur 3.7	Mediaseleksie as fokuspunt in media-integrering	67
Figuur 3.8	Praktiese oorwegings in die proses van mediaseleksie	68
Figuur 3.9	Basiese evalueringsvorme in gesondheidsopvoeding	74
Figuur 4.1	Die PRECEDE-model in gesondheidsopvoeding	77
Figuur 4.2	Omgewingsinvloede in gesondheidsopvoeding	79
Figuur 4.3	Die invloed van opvattinge en houding in gesondheidsgedrag	87
Figuur 4.4	Bepalende invloedsfaktore in dwelmmisbruik	90
Figuur 4.5	Bepalende invloedsfaktore in gesondheidsaksie	91
Figuur 5.1	Illustrasie van korrekte tandorg	104
Figuur 5.2	Illustrasie in prentverhaal oor tropiese siektes	104
Figuur 5.3	Strokiesprentverhaal oor tienerseksualiteit	105
Figuur 5.4	Spotprent in strokiesverhaal vir kankervoorkoming	106
Figuur 5.5	Karikatuurvoorstelling van 'n asmapasiënt	105
Figuur 5.6	Piktogramme van primêre gesondheidsorgdienste	107
Figuur 5.7	Piktogramme van voedingkonsepte	109
Figuur 5.8	Grafiese tekens vir kommunikasie met Downsindroomkinders	109
Figuur 5.9	Kultuursimbole in motorruitplakker vir immunisasieveldtog	109
Figuur 5.10	Fotoverhaal oor tienerseksualiteit	111
Figuur 5.11	Voorstelling van 'n volkstorie uit Afrika	112
Figuur 5.12	Segment uit bordspel vir gesondheidsopvoeding	112
Figuur 5.13	Kreatiwiteit in infeksieplakkaat	113
Figuur 5.14	Ligging van deelnemende sentra in die Satellite Instructional Television Experiment (SITE) projek	117
Figuur 5.15	Verloop van 'n radioforum vir gemeenskapsopvoeding	119

Figuur 6.1	Die Inligtingprosesseringsmodel toegepas in dieetgedrag	135
Figuur 6.2	Reklame-ontwerp in rookvoorkomingboodskap	139
Figuur 6.3	Ontoepaslike tydskrifadvertensie oor alkoholgebruik vir kinders	141
Figuur 6.4	Vlakke van massamedia-impak in die gemeenskap	146
Figuur 6.5	Tekortkominge van massakommunikasie	148
Figuur 6.6	Komplementerende verbale kodes in 'n spotprent	154
Figuur 6.7	Kultuurvreemde spotprent in Afrika	159
Figuur 6.8	Onsensitiewe advertensievoorstelling van Telkom in Suid-Afrika	160
Figuur 6.9	Onsensitiewe tydskrifadvertensie oor seksualiteit in Suid-Afrika	162
Figuur 6.10	Verwarrende illustrasie vir onderrig oor kinderveiligheid in Suid-Afrika	163
Figuur 6.11	Vreemde illustrasie vir sommige kultuurgroepe in Suid-Afrika	163
Figuur 6.12	Die proses en vorme van media-effekte in massakommunikasie	165
Figuur 7.1	Verskillende vorme van kommunikasie-inligtingimpak	183
Figuur 7.2	Kreatiewe ontwerp om boodskapimpak oor gevare van anorexia te verhoog	184
Figuur 7.3	Die spektrum beeldkommunikasievorme	186
Figuur 7.4	Die samehang tussen visuele en verbale kodes in oudiovisuele kommunikasie	197
Figuur 7.5	Riglyne vir kliniese fotografie	190
Figuur 7.6	Vorme van beeldabstraksie in grafiese voorstelling	194
Figuur 7.7	Wysigings om toepaslikheid van illustrasie vir kontrasepsie-voorligting aan Moslemvroue te verhoog	195
Figuur 7.8	Wysiging om wanvoorstelling in onderrigillustrasie uit te skakel	196
Figuur 7.9	Wysiging om kulturele toepaslikheid van grafiese simbool te verhoog	197
Figuur 7.10	Medikasie-etiket vir ongeletterde en swaksiende pasiënte	198
Figuur 7.11	Illustrasie vir swangerskapvoorligting aan ongeletterde vroue	198
Figuur 8.1	Vergelyking van mediakundiges en dieetkundiges se jare ondervinding in mediaproduksie	212
Figuur 8.2	Responskorrelasie vir algemene koderingaspekte	216
Figuur 8.3	Responskorrelasie vir grafika- en illustrasie-aspekte	216
Figuur 8.4	Responskorrelasie vir tekskoderingaspekte	217
Figuur 8.5	Responskorrelasie vir oudiovisuele programontwerpaspekte	217
Figuur 8.6	Responskorrelasie vir sosio-kulturele kontekstualiseringaspekte	218
Figuur 9.1	Grondliggende skema vir die modelontwerp	234
Figuur 9.2	Persentasie werkloos in provinsies van die RSA	235

Figuur 9.3	Voorkoms van vigs onder verskillende geslagte en bevolkings-groepe in die Wes-Kaap: Januarie tot April 1996	238
Figuur 9.4	Bevolkingsamestelling van provinsies in die RSA	242
Figuur 9.5	Taaldiversiteit van die RSA bevolking	243
Figuur 9.6	Mediavorkeure volgens marksegmente in die RSA	250
Figuur 9.7	Projeksie van moontlike mediamarkprofiel-veranderinge	251
Figuur 9.8	Hoekstene van boodskaptoepaslikheid vir gesondheids-opvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap	253
Figuur 9.9	Die Soul City benadering tot gesondheidsopvoeding	260
Figuur 9.10	Etnies-kulturele verskeidenheid in onderrigillustrasie oor kinder-molestering in Suid-Afrika	268
Figuur 9.11	Die dimensie van toepaslike media en sosio-kulturele sensitiwiteit in evaluering van boodskaptoepaslikheid	272
Figuur 9.12	'n Model vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap	276
Figuur 9.13	Verskillende vlakke van die model vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding	278
Figuur 9.14	Eerstevlak-beginsels van die model vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding	279
Figuur 9.15	Tweedevlak-beginsels van die model vir boodskaptoepas-likheid in gesondheidsopvoeding	280
Figuur 9.16	Gemeenskappe in die RSA waar die model toegepas is	282

LYS VAN TABELLE

Tabel 1	Metodes en strategieë vir gesondheidsopvoeding	64
Tabel 2	Eienskappe van nie-personale onderwysmedia	70
Tabel 3	Afparing van media-eienskappe met mediatipes	71
Tabel 4	Afparing van leerkategorieë met mediatipes	72
Tabel 5	Relatiewe impak van verskillende media op leer	124
Tabel 6	Ontleding van oudiovisuele mediatoepassings in gesondheids-opvoeding	127
Tabel 7	Ontleding van gedrukte mediatoepassings in gesondheids-opvoeding	127
Tabel 8	Ontleding van massamedia in gesondheidsopvoeding	128
Tabel 9	Ontleding van rekenaartoepassings in gesondheidsopvoeding	128
Tabel 10	Ontleding van multimediatoepassings in gesondheidsopvoeding	129
Tabel 11	Verskille tussen massakommunikasie en persoonlike kommunikasie	150
Tabel 12	Plaasvervangende tandheelkundeterme vir kinders	201
Tabel 13	Vergelyking tussen belangrikste koderingsriglyne vir media-	

	kundiges en dieetkundiges	213
Tabel 14	Korrelasie tussen itemresponse van mediakundiges en dieetkundiges	215
Tabel 15	Mediavorkeure vir fluoridasie-inligting volgens generasie, bevolkingsgroep en opvoedkundige vlak van teikengroepe in die RSA	245
Tabel 16	Mediavorkeure vir fluoridasie-inligting volgens provinsie en sosio-ekonomiese agtergrond van teikengroepe in die RSA	249

LYS VAN BYLAES

Bylae 1A	Begripsverklaring van addisionele sleuteltermes	28
Bylae 2A	Belangrike rolspelers by gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika	51
Bylae 3A	Betekenisverklaring van media-eienskapkategorieë	76
Bylae 4A	Opvattinge oor gesondheid en siekte by verskillende generasies	99
Bylae 5A	Popliedjie deur vigs slagoffer in Uganda	133
Bylae 6A	Draaiboek vir "Winner" TV flits in Australië	179
Bylae 7A	Die moffietaal op die Kaapse Vlakte	206
Bylae 8A	Vraelys vir empiriese ondersoek oor koderingsriglyne	222
Bylae 8B	Instellings wat aan empiriese ondersoek deelgeneem het	227
Bylae 8C	Begeleidende brief vir empiriese ondersoek	228
Bylae 8D	Responsdata van die empiriese ondersoek	229
Bylae 8E	Mediakundiges se itemrangordes	230
Bylae 8F	Dieetkundiges se itemrangordes	231
Bylae 8G	Rangorderresponse van belangrikste items vir die gekombineerde groep	232
Bylae 9A	Gebiede in die Wes-Kaap met die hoogste toename in HIV-gevalle	294
Bylae 9B	Modifisering om toepaslikheid van gesondheidsboodskappe te verhoog	294
Bylae 9C	Vereistes vir vertalers in gesondheidskommunikasie	295
Bylae 9D	Ontwerpriglyne vir gedrukte materiaal aan leergestremde kinders	296
Bylae 9E	Sosio-kulturele kriteria vir evaluering van opvoedkundige televisieprogramme	297
Bylae 9F	Instrument vir evaluering van gesondheidsinligting	298
Bylae 9G	Instrument vir evaluering van rekenaargesteunde onderrigprogramme in gesondheidsopvoeding	299

BRONNELYS

DANKBETUIGINGS

Die suksesvolle afhandeling van hierdie navorsing is moontlik gemaak deur die insette van verskeie persone en instellings. Daarom spreek ek my opregte dank uit teenoor:

- * **dr MJ Smit**, vir sy bekwame akademiese leiding, bereidwilligheid om op 'n laat stadium die promotorsrol oor te neem en simpatieke wyse waarop dié verandering hanteer is;
- * **prof FD Terblanche** as aanvanklike promotor, vir sy waardevolle leiding om die navorsing op koers te plaas;
- * **proff AE Carl en B de Villiers** as mede-promotors, vir hul skerpsinnige kommentaar, kundige advies en aanmoediging;
- * **dr IJ Lötter en SJP Oosthuizen** as eksaminatore, vir hul weldeurdragte kommentaar en evaluering, asook aanbevelings om die waarde van hierdie proefskrif te verstewig;
- * **prof T Park**, vir sy aanmoediging en motivering om die pas aan die einde vol te hou;
- * **dr C Lombard en mev R Kreuzer**, vir hul kundige tegniese hulp, en advies tydens die empiriese ondersoek;
- * **mej Marietjie Engelbrecht** vir die taalkundige versorging van die proefskrif;
- * **mev Bernie Julius, Bonnie Dorman en mej Elna Brincker**, asook my suster, **mev Ilza Potgieter**, vir die flinke proefleeswerk;
- * **mnr David Wiles**, vir die tegniese versorging van die vraelys en sy treffende spotprent oor gapings in gesondheidskommunikasie;
- * **my kollegas, mev Franzelbe Lambrecht en mej Carol Lochner**, vir hul hoë kwaliteit grafiese insette;
- * **die Universiteit van Stellenbosch en die BGTO**, vir finansiële ondersteuning; asook
- * **my familie en vriende**, vir hul deurlopende belangstelling en hope geduld wanneer hulle tweede viool moes speel.

Bowenal dank ek my **Hemelse Vader** vir die besondere voorreg, akademiese vermoëns en geestelike krag om hierdie pad die tweede maal suksesvol te voltooi. Sedert my wankelrige eerste lewensjaar het ek 'n besondere band met die geneeskunde opgebou, daarom was hierdie studie vir my 'n onvergeetlike leerervaring. Aan die Groot Geneser, al die eer!

Johann Hugo

Desember 1997

Hoofstuk 1

INLEIDENDE ORIËNTERING

1.1	INLEIDING	1
1.2	BEGRIPSVERHELDERING	3
1.2.1	Gesondheid	3
1.2.2	Gesondheidsopvoeding	5
1.2.3	Ontwikkkelende gemeenskap	6
1.2.4	Media	7
1.2.5	Boodskaptoepaslikheid	7
1.3	PROBLEEMSTELLING	8
1.4	VERDERE MOTIVERING VIR DIE NAVORSING	11
1.4.1	Die hedendaagse klem op primêre gesondheidsorg	13
1.4.2	Die vraag na doeltreffende gesondheidskommunikasie	14
1.4.3	Die vraag na gesondheidsopvoeding	18
1.4.4	Navorsingsbevindinge oor gesondheidsopvoeding	19
1.4.5	Die stand van gesondheidsbevordering in Suid-Afrika	19
1.4.6	Die vraag na ontwikkelingshulp deur Suid-Afrika	20
1.4.7	Die vraag na toepaslike tegnologie en media	21
1.4.8	Mediariglyne van die Wêreld Gesondheidsorganisasie	23
1.5	DOEL VAN DIE NAVORSING	25
1.5.1	Oorkoepelende doelstelling	25
1.5.2	Besondere doelwitte	25
1.6	TERREINAFBAKENING EN NAVORSINGSMETODES	25
1.7	VERDERE VERLOOP VAN DIE NAVORSINGSPROGRAM	26

Hoofstuk 1

INLEIDENDE ORIËNTERING

1.1 INLEIDING

Mediabenuutting in gesondheidsopvoeding is 'n bekende verskynsel. Pasiënte wat gehospitaliseer word en bedlêende bejaardes is besonder afhanklik van die massamedia om op hoogte te bly met daaglikse gebeure op verskillende terreine van die lewe (Walster 1986:145). Deur die jare het media 'n belangrike rol vervul om gemeenskappe bewus te maak van spesifieke siektes, epidemies en gesondheidsrisiko's. Reeds in 1832 het cholera prominente aandag in die wêreldpers geniet, en die massamedia is intensief aangewend om verskillende gemeenskappe van die omvangryke griep epidemie net na die Eerste Wêreldoorlog in te lig (Berridge 1991:179). Verder het mediese illustrasie 'n lang historiese verbintenis met die geneeskunde, wat uit die antieke Egiptiese beskawings dateer (Donald 1986:44-49). Volgens Auger (1984:127) kan mediese illustrasie 'n waardevolle bydrae lewer in die kommunikasie van verskillende aspekte van gemeenskapsgesondheid. Daar bestaan spesifieke voorbeelde waar mediese illustrasie vir kliniese ingrepe in ontwikkelende lande aangewend is, byvoorbeeld tydens die behandeling van pasiënte met gesplete verhemelte in Sri Lanka (Brown *et al.* 1992:4-7).

Waarskynlik die beste voorbeeld van die noue vennootskap tussen media en gesondheidsorg is die heersende VIGS-epidemie wat 'n hoë mediaprofiel geniet. Gedurende die middel tagtigerjare het die wêreldwye aankondiging dat die bekende Hollywood akteur, Rock Hudson, aan VIGS oorlede is, bevestig dat die massamedia 'n belangrike rol in openbare bewusmaking van bedreigende siektes en epidemies in die hedendaagse samelewing vervul. Daarom het Berridge (1991:179) VIGS per geleentheid as die eerste "mediasiekte" beskryf. Herman (1987:99) verwys na video as "...'n voorskrif vir opvoeding in primêre gesondheidsorg".

In 'n persverklaring tydens 'n onlangse kongres oor die voorkoming van tiener-swangerskap beklemtoon Jane Fonda, 'n ander bekende Hollywoodse ster, dat die rol van media in voorkomende gesondheidsopvoeding nie onderskat moet word nie want, "We need the media today (in rich countries as well as poor) to serve as a channel to inform a growing public about healthy practices and sensible lifestyles, as well as the importance of education and equality for girls" (Fonda 1997:20). Dit blyk dat die gesondheidsovername in Suid-Afrika ook duidelike verwagtinge oor die rol van media in die kommunikasie van gesondheidsboodskappe het. Binne konteks van die transformasie van gesondheidsdienste maak die Minister van Gesondheid die volgende belangwekkende uitspraak: "We need the media. The concepts of promotion and prevention needs mass communication. We should develop a dynamic working relationship with the media: they need to make news; I need to get messages across" (Robbins 1994:3).

1.2 BEGRIPSVERHELDERING

Alvorens die probleemstelling en motivering vir die ondersoek volg, word sleutelbegrippe in die hooftema verduidelik. Addisionele begripsverklarings volg in bylae 1A (p.28).

1.2.1 Gesondheid

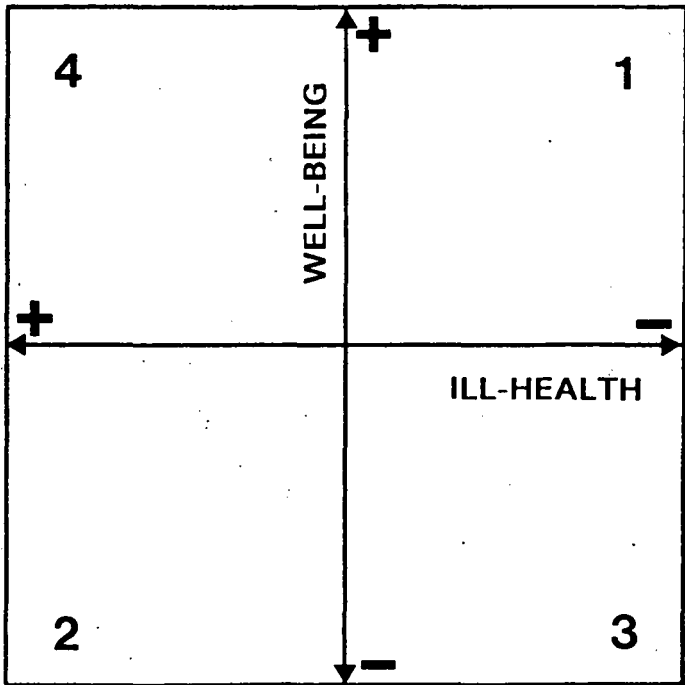
Gesondheid is 'n veelkantige begrip wat nie bloot op die afwesigheid van siekte dui nie. Dit word algemeen aanvaar dat gesondheid ten minste na die fisiese, psigiese en sosiale welsyn van 'n persoon verwys (Greene & Simons-Morton 1984:4-10). Die begrip gesondheid verkry wel betekenis teen die agtergrond siekte, want daar kan onderskei word tussen spesifieke siektes op sigself en verskillende manifestasies (simptome) van die betrokke siektes. Vir Gawthorn (1996:1699-1700) verwys die simptomatiesiese dimensie ("illness") na abnormale liggaamsfunksie wat aan fisiese, emosionele, sosiale of intellektuele faktore te wyte is. Daarenteen verwys siekte na die patologiese proses waarop die mens op verskillende wyses kan reageer. Verder is dit moontlik dat 'n persoon 'n lewensbedreigende siekte onder lede kan hê (in terme van "being ill"), sonder om daarvan bewus te wees ("feeling ill"). Sommige mense, byvoorbeeld terminale kankerpatiënte, kan ook steeds 'n positiewe lewenshouding openbaar te midde van 'n chroniese of ongeneeslike siekte. Hieruit kan afgelei word dat die vlak van "normale gesondheid" kan varieer, soos dit onder andere in die verskillende toleransievlakke by dwelmgebruik en pyndrempels van individu tot individu manifesteer. Die relatiewe aard van gesondheid en siekte tree duidelik in Catford (1983:126) se voorstelling van verskillende vlakke van gesondheidstatus na vore, met verwysing na beide positiewe dimensies ("well-being") en negatiewe effekte ("ill-health") van die rookgewoonte as voorbeeld (figuur 1.1, p.4). Volgens Downie *et al.* (1991:20-21) kan vier primêre vlakke van 'n persoon se gesondheidstatus op 'n gegewe tydstip onderskei word, soos die numering in figuur 1.2 (p.4) voorstel.

1. Die mees ideale toestand, omdat die persoon geen siekte onder lede het nie en 'n hoë positiewe vlak van welsyn handhaaf.
2. Die mees kritieke toestand, weens die hoë siektevlak en lae welsynstoestand (byvoorbeeld 'n terminale kankerpatiënt).
3. Hierdie persoon ervaar geen spesifieke simptome van siekte nie en toon ook geen ander fisiese tekens van siekte nie, maar verkeer in 'n lae welsynstoestand. So 'n persoon sou byvoorbeeld nie fisies en sosiaal opgewasse voel om aan georganiseerde sport- of ontspanningsaktiwiteite deel te neem nie.
4. Hierdie persoon verkeer in 'n hoë welsynstoestand ten spyte van kritieke siekte (byvoorbeeld 'n persoon wat fisies fiks is en aan sport deelneem, maar onbewus van 'n hartdefek).

Figuur 1.1 Die relatiewe aard van gezondheidstatus
(Catford 1983:126).

Intensity	Health status	Example
+	Well-being	Smoke free environment
	Minimization of risk	Non-smoking
	Risk factors only	Smoking
	Asymptomatic disorder	Arteriosclerosis
	Symptomatic disorder	Leg ulcers
	Impairment	Limited mobility
	Disability	Amputation
	Handicap	Bed-ridden
-	Death	Death.

Figuur 1.2 Positiewe en negatiewe dimensies van gezondheid
(Downie et al 1991:20).



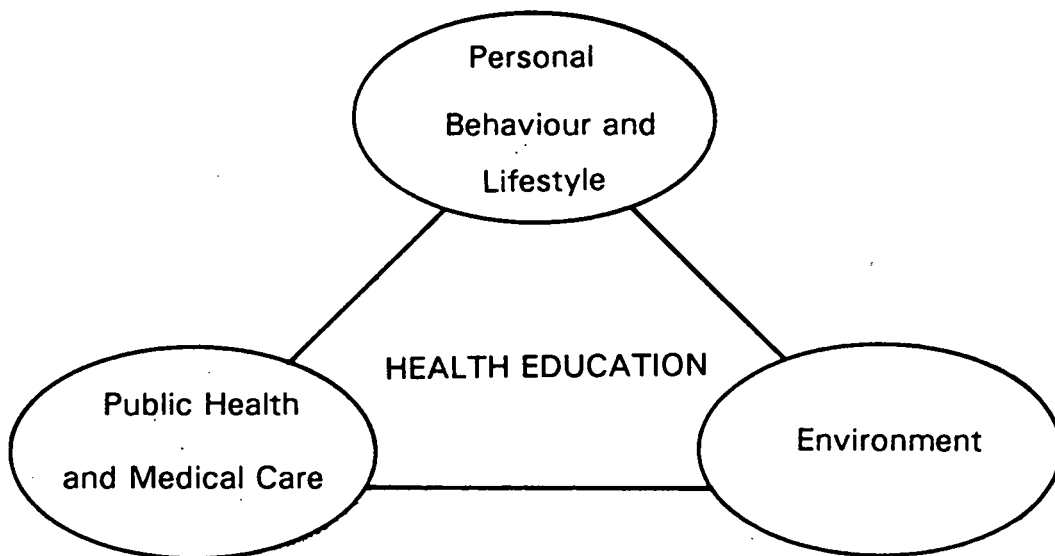
Verder kan genoem word dat sekere mense klinies gesproke geen siekte onder lede kan hê nie, maar daaglik aan verskillende gesondheidsrisiko's by die huis en werksomgewing blootgestel kan word. Greene en Simons-Morton (1984:20) stel dit duidelik dat, "... many people are healthy, but have little to be healthy for". Die gesondheidsstatus van mense en 'n gemeenskap word dus deur 'n verskeidenheid faktore buite en binne die mens self bepaal.

Vir die doel van hierdie navorsing word gesondheid omskryf as die produk van verskillende positiewe en negatiewe kragte ten opsigte van die fisiese, sosiale en psigiese dimensies van menswees.

1.2.2 Gesondheidsopvoeding

Gesondheidsopvoeding is 'n relatief nuwe studieveld met 'n multi-dissiplinêre karakter. In sy teoretiese onderbou benut gesondheidsopvoeding bestaande, asook nuwe kennis, van onder meer die sosiologie, ekonomie, gemeenskapsgesondheid, epidemiologie, kommunikasiekunde, sielkunde en opvoedkunde. Volgens Greene en Simons-Morton (1984:43) staan gesondheidsopvoeding op drie hoekstene, naamlik i) die omgewing, ii) persoonlike gedrag en lewenstyl, asook iii) gemeenskapsgesondheid en mediese sorg (figuur 1.3).

Figuur 1.3 Primêre komponente van gesondheidsopvoeding
(Greene & Simons-Morton 1984:43)



Oor die afgelope twee dekades is 'n wye aantal definisies geformuleer om die aard, doel en werkterrein van gesondheidsopvoeding aan te dui. Alhoewel 'n enkele universeel aanvaarbare definisie steeds ontbreek, is dit duidelik dat gesondheidsopvoeding meer behels as blote inligtingoordrag. Vir Glanz *et al.* (1990:9) het gesondheidsopvoeding ten doel om die gaping in kennis ten opsigte van gesonde lewenstyl en werk-

like lewenswyse te oorbrug. Aangesien gesondheidsopvoeding op verskillende teikengroepe gerig is en in verskillende situasies kan plaasvind, is fyner nuanserings moontlik. Gesondheidsopvoeding aan pasiënte word byvoorbeeld omskryf as 'n beplande leerervaring deur 'n kombinasie van metodes soos voorligting, konsultasie en gedragsmodulering om die pasiënt se kennis en gedrag te beïnvloed (Redman 1988:9). In hierdie ondersoek word Green (aangehaal deur Greene & Simons-Morton 1984:29) se operasionele definisie verkies, wat gesondheidsopvoeding omskryf as *enige beplande aktiwiteit waardeur gesondheid- of siekteverwante leer bevorder word, met ander woorde, beduidende verandering in 'n persoon se lewensbevoegdheid of welsynstoestand*. Hierdie formulering beklemtoon sekere grondbeginsels.

- * Die sukses van 'n gesondheidsopvoedingprogram word eerstens bepaal deur die mate van leer wat plaasvind as gevolg van opvoedkundige intervensie.
- * Die sentrale eindoogmerk van gesondheidsopvoeding is om die gesondheidstatus van individue en gemeenskappe te bevorder. Periodieke verwerwing van spesifieke kennis, houdings, vaardighede en waardes word egter nie uitgesluit nie.
- * 'n Kombinasie van benaderings en voorligtingsmetodes moet gebruik word in teenstelling met slegs een of enkele metodes. Die seleksie van metodes moet geskied op 'n beplande wyse in plaas van om 'n opportunistiese benadering te volg.
- * Fasilitering dui op die aard van die verhouding tussen die persoon wat gesondheidsopvoeding gee ("health educator") en enige individu (die leerder), byvoorbeeld die pasiënt wat voorligting (vide, Bylae 1A,p.28) ontvang. Dit beklemtoon ook die prosesmatige aard van gesondheidsopvoeding, aangesien onderrig en leer 'n voortdurende eerder as eenmalige handeling is. Die term fasilitering beteken hulpgewing en ondersteuning.
- * Duidelike onderskeid word getref tussen vrywillige deelname aan en betrokkenheid by gesondheidsopvoedingaksies, in teenstelling met die doelbewuste manipulerings van individue.

1.2.3 Ontwikkende gemeenskap

Die internasionale status van 'n land word dikwels uitgedruk in terme van interne ontwikkelings op verskillende terreine, gevolglik word sekere lande as Eerstewêreld- of Derdewêreldlande geklassifiseer. Internasionale indikatore wat aangewend word vir sodanige klassifikasie sluit die persentasie bevolking onder vyftienjarige ouderdom, die tempo van verstedeliking en bevolkingsaanwas, die geletterdheidsvlak van die bevolking, die ekonomiese aktiwiteit en industriële groei, asook die beskikbaarheid van bepaalde gesondheidsdienste in (Greene & Simons-Morton 1984:115-122; Muir-Gray & Fowler 1984:16).

In die literatuur bestaan die neiging om eerder te onderskei tussen ontwikkelde en ontwikkelende lande. 'n Ontwikkelde land word gekenmerk deur 'n sterk industriële ontwikkeling en onafhanklike ekonomie, terwyl beperkte industriële ontwikkeling en veral armoede algemeen in ontwikkelende lande voorkom. Die meeste ontwikkelende lande van die wêreld word in Suid-Amerika, Afrika en Suidoos-Asië aangetref. Een derde van die bevolking in Afrika en Suidoos-Asië het byvoorbeeld geen toegang tot skoon water of sanitêre geriewe nie, met die gevolg dat ongeveer agt miljoen kinders in hierdie wêrelddele weens waterbesoedeling jaarliks sterf (Muir Gray & Fowler 1984:209). Net soos onderskei kan word tussen ontwikkelde en ontwikkelende lande is die onderskeid tussen ontwikkelde en ontwikkelende gemeenskappe ook moontlik. In Suid-Afrika het sommige gemeenskappe, soos die noordelike voorstede van Johannesburg, die tipiese sosio-ekonomiese profiel van ontwikkelde lande. Daarenteen toon menige landelike gebiede en voorstedelike informele nedersettings soos Khayelitsha sterk ooreenkomste met die algemene profiel van ander ontwikkelende lande (World Development Report 1993:4).

In latere hoofstukke word die uiteenlopende aard van mediagebruik in ontwikkelende lande bespreek, asook die stand van die openbare kommunikasie-infrastruktuur in Suid-Afrika ondersoek. Gevorderde kommunikasiemedie is wel toeganklik vir sommige (ontwikkelde) gemeenskappe. Daarenteen ontbreek die nodige infrastruktuur vir televisie en meer gevorderde inligtingstechnologie soos INTERNET in menige ontwikkelende gemeenskappe. Uit 'n media-oogpunt kan daar dus ook tussen verskillende situasies in ontwikkelde en ontwikkelende gemeenskappe onderskei word.

1.2.4 Media

In die literatuur word verskillende omskrywings van die begrip media aangetref, afhangende van die spesifieke konteks waarin mediagebruik plaasvind. Vanuit 'n kommunikasie-oogpunt verwys media na "kommunikasieweë" (Marais 1983:1-2). In die onderwys verwys media na veel meer as tegnologiese middele vir inligtingoordrag. Vir Pearn en Downs (1988:11) val media in die onderwys in drie breë kategorieë, naamlik apparatuur, programmatuur en die mens self ("hardware, software, peopleware"). Die betekenis wat in hierdie ondersoek aan media gegee word, is gegrond op Gillet (1973:2-3) se wye beskouing, naamlik *enige voorwerp, persoon of situasie wat boodskapoordrag moontlik maak*. In hierdie navorsing word hoofsaaklik op die sogenaamde nie-personale media, met ander woorde mediakategorieë wat nie mense insluit nie, gefokus.

1.2.5 Boodskaptoepaslikheid

Toepaslikheid is 'n begrip wat met sukses verband hou en op verskillende terreine van toepassing is. Oor die algemeen word dit gebruik word om enige fenomeen, sisteem of produk wat aan sekere spesifikasies of standaarde voldoen, van sodaniges wat nie

aan neergelegde vereistes voldoen nie, te onderskei. Die Verklarende Afrikaanse Woordeboek omskryf toepaslikheid as "geskik om toegepas te word; passend by omstandighede" (Kritzinger & Labuschagne 1972:1119). Toepaslikheid het met ander woorde 'n kwalitatiewe basis. Derhalwe sou dié begrip ook op media en boodskappe vir 'n spesifieke situasie soos gesondheidsopvoeding kan geld. Davies (1985:27) vergelyk die begrip toepaslike onderwystegnologie met 'n sleutel wat as't ware "pasklaar" vir 'n spesifieke slot gemaak is, en verduidelik soos volg: "In order to make an efficient and effective contribution, media, like a key, must be shaped, cut, chipped, designed so that it exactly fits the situation".

Uit Davies (1981:20-29) en Tones (1997:809) se verduideliking blyk dit dat toepaslikheid in mediagebruik op grond van die Engelse begrippe "effectiveness" en "efficiency" verklaar kan word (in Afrikaans word dié woorde as sinonieme gebruik en as "doeltreffend" vertaal). Die woord "effectiveness" verwys na die vermoë om "die regte dinge" te doen, met ander woorde die mate waarin 'n sekere aksie slaag om 'n bepaalde doel te bereik. Hieruit volg die begrip "efficiency" wat verwys na die vermoë om dinge "reg te doen" deur te fokus op die relatiewe mate van doelbereiking, met inagneming van alternatiewe of mededingende metodes en prosedures. Dit sou dus moontlik wees om 'n sekere medium, boodskap of metode vir gesondheidsopvoeding te gebruik wat wel in terme van relevansie doeltreffend is, maar in vergelyking met ander opsies, minder effektief is. Daarom kom die oorweging en toepassing van verskillende operasionele meganismes en hulpbronne om die koste-effektiwiteit van 'n bepaalde onderneming te verhoog, ook hier ter sprake. Dit moet beklemtoon word dat die twee begrippe in die praktyk onderskeibaar, maar nie skeibaar is nie, want die doel is juis "om die regte dinge reg te doen" (Davies 1981:22-23).

In hierdie proefskrif word die volgende breë betekenis aan die begrip boodskap-toepaslikheid gegee, naamlik *die relatiewe mate waarin mediaboodskappe vir 'n sekere doel geskik is, met inagneming van alternatiewe of mededingende metodes van kommunikasie*.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Hedendaagse vraagstukke oor gesondheidsopvoeding kan nie betekenisvol hanteer word sonder deeglike besinning oor die rol van media oor die algemeen, en boodskappe in besonder, tydens die ontstaan van siektes asook in die generering van oplossings daarvoor nie. Uit Tones et al. (1991), Atkin en Arkin (1990) asook Maibach en Parrott (1995) se werke tree dit duidelik na vore dat die ontoepaslikheid van mediaboodskappe grootliks tot die wisselende sukses van gesondheidsopvoeding bydra. Alhoewel media openbare bewustheid en kennis oor verskillende gesondheidsverwante verhoog, slaag mediaboodskappe dikwels nie daarin om die gewenste gedragsverandering teweeg te bring nie (Waters 1987:892, Bellingham & Gillies 1993:134; El-Katsha & Watts 1994:29).

Ontoepaslike mediaboodskappe veroorsaak nie net wanbegrip in kommunikasie nie, maar kan ook aanleiding gee tot gedrag wat die gesondheid van mense bedreig, eerder as bevorder. Mediaboodskappe oor voeding staan byvoorbeeld dikwels onder verdenking. S6 het teenstrydige mediaberiggewing oor die gesondheidsimplikasies wat margarien teenoor suiwer botter vir mense inhou, 'n verwarrende effek in die gemeenskap (Steyn 1989:9-10). Goode et al. (1996:292) lig die probleem verder uit met verwysing na die veelseggende opmerking van 'n respondent tydens 'n ondersoek oor die effek van mediaboodskappe op kinders se gesondheidsgedrag: "There's such a lot of nonsense spoken about food, particularly on the electronic media, so I tend to ignore it". Vanweë duidelike gebreke in hierdie opsig is die doeltreffendheid en toepaslikheid van *Sarafina II*, die musiekblyspel vir voorkoming van VIGS in Suid-Afrika, bevraagteken (Die Burger 13 Junie 1996). Die kommentaar van 'n VIGS-slagoffer wat die aanbieding bygewoon het, is insiggewend, naamlik: "Tot pouse toe het die stuk my net geleer dat, as jy uitvind jy het vigs, moet jy kerk toe gaan en op God vertrou." (Snyman 1995:20). Die wanbegrip wat sommige mediaboodskappe dikwels veroorsaak, het Signorelli (1990:101) genoop om die gevolgtrekking te maak dat televisieboodskappe oor voeding oor die algemeen nie openbare gesondheid bevorder nie. In dieselfde verband wys (Montgomery (1990:123) asook Webb en Tossell (1991:81) op die knellende probleem van boodskapdistorsie oor verskillende gesondheidsake in die massamedia. Van die mees ingrypende gevalle van boodskapdistorsie het rondom die aanbieding van VIGS-inligting oor die media voorgekom (Baggaley 1989:106; Webb 1994:207). Daar bestaan selfs die standpunt dat media 'n bron van "anti-gesondheidsopvoeding" is, weens herhaaldelike onakkurate en misleidende boodskappe oor sekere gesondheidsverwante sake aan die breë gemeenskap (Wallack 1990:147). Uit dié oogpunt kan ontoepaslike mediaboodskappe dus as spesifieke struikelblok in doeltreffende kommunikasie vir gesondheidsopvoeding gesien word.

Die probleem van ontoepaslike mediaboodskappe spruit voort uit die tradisionele klem op tegnologiese ontwikkelings rondom die onderwystegnologie (vide, Bylae 1A, p.28) ten koste van ewe belangrike programmatuurontwikkeling, asook onrealistiese verwagtinge van media in gesondheidsopvoeding, soos Tones (1993:135) rapporteer: "At one time it rather seemed as though they (mass media) were the new magic bullets in health education's fight against disease". Gevolglik wys verskillende skrywers soos Helske en Klaukka (1986), Laidlaw en Harden (1987) asook Saibaba et al. (1993) op tekortkominge ten opsigte van die ontwerp en gebruik van oudiovisuele programmatuur in gesondheidsopvoeding. Eersgenoemde noem 'n aantal spesifieke tekortkominge.

- * Vae omskrywing van die doel van mediagebruik.
- * Wisselvallige kwaliteit van media (programmatuur).
- * Onnodige herhaling van inligting enersyds, en noodsaaklike inligting wat ontbreek, andersyds.



- * Programinhoud word dikwels geskryf deur mediese spesialiste, sonder insette deur kommunikasie- en opvoedkundiges.
- * Die sosiale milieu, houdings en persepsies van die teikengroep word dikwels buite rekening gelaat.
- * Media word soms gebruik as middel tot sosiale beheer in plaas daarvan om individue in staat te stel om persoonlike gesondheid te verbeter.
- * Media word dikwels geïsoleerd van onderrigaktiwiteite gebruik as blote aanvullende middele om die gehoor te vermaak (Helske & Klaukka 1986:42).

'n Aspek van mediagebruik en kommunikasie in gesondheidsopvoeding wat oor die afgelope dekade sterk op die voorgrond getree het, is die rol van sosio-kulturele invloedsfaktore in boodskapontwerp. Alhoewel programme vir gesondheidsopvoeding meestal 'n deeglike grondslag van epidemiologiese data weerspieël, toon programme dikwels gebreke ten opsigte van relevansie vir die teikenpopulasie, omdat die inhoud dikwels in isolasie aangebied word (Livingston 1993:89). Woodcock (1992:517) verduidelik die probleem op treffende wyse deur te rapporteer dat, "... (y)oung people who mentioned the teaching techniques and media used in sex education most frequently mentioned educational videos, and many found these memorable for their inappropriateness". Hardie *et al.* (1979:595) rapporteer byvoorbeeld dat visuele simbole wat spesifiek vir ongeletterdes ontwerp is om medikasievoorskrifte te verduidelik, nie tot dieselfde mate van duidelike begrip as geskrewe teks vir geletterde persone lei nie. Baggaley (1989:106) het in sy navorsing oor die doeltreffendheid van wêreldwye VIGS-veldtogte op televisie bevind dat die meeste mediaboodskappe onvoldoende klem plaas op opvoedkundige beginsels en kulturele kontekstualisering, wat uiteindelik tot ontkenning van die potensiële gevare van VIGS en dikwels tot polarisasie van opinies en houdings oor VIGS by sekere groepe lei. Volgens Webb (1994:207) is menige boodskappe oor VIGS in Brittanje ontoepaslike, omdat dit vir swart teikengroepe aanstoot gee, aangesien belangrike sosio-kulturele invloedsfaktore van die betrokke teikengroepe geïgnoreer word, "... (it) left many groups angry and not prepared to participate in HIV/AIDS education programmes". In dié verband rapporteer Hattersley (1985:46) ook dat die Europese vorm van programme vir gesondheidsopvoeding oor rookvoorkoming nie vir ongeletterde gemeenskappe in ontwikkelende lande soos Nepal geskik is nie.

In die lig van bogenoemde tekortkominge word dikwels teen die miskenning van sosio-kulturele invloedsfaktore by mediagebruik in gesondheidsopvoeding gewaarsku. Wellings (1987:146) skryf oor die ontoepaslikheid van VIGS-boodskappe soos volg: "Blanket messages aimed at a homogeneous at-risk population will be inappropriate because, for the purposes of preventing Aids, such a population does not exist". Ter ondersteuning waarsku McGuire (1989:203) teen die valse aanname dat alle kultuurgroepe sekere inligting (boodskappe) op een en dieselfde wyse vertolk.

'n Belangrike aanleidende faktor is waarskynlik in die gebrek aan voldoende teoretiese onderbou vir gesondheidsboodskappe geleë. Redman (1988:175) wys daarop dat die spesifieke funksies van en interaksie tussen onderskeidelik die inhoud, die medium en boodskapkode in kommunikasie (vide, Bylae 1A, p.28) vir gesondheidsopvoeding in die verlede nie voldoende beklemtoon is nie. Hieruit volg dat die tegniese ontwerp en inkleding van boodskappe 'n deurslaggewende rol in suksesvolle gesondheidskommunikasie vervul (Flay & Burton 1990; Maibach & Parrot 1995). Eersgenoemde noem onder andere die volgende drie voorvereistes vir 'n suksesvolle openbare massamedia-veldtog in gesondheidsopvoeding: i) die ontwikkeling van hoëkwaliteit boodskappe, hulpbronne en kommunikasiemedie, ii) die aktivering van potensiële ontvangers se aandag, asook iii) herhaaldelike blootstelling van spesifieke teikengroepe aan stimuli vir bewusmaking, asook verandering van kennis, houdings, oortuigings, waardes en gedrag oor 'n bepaalde tydperk (Flay & Burton 1990:132-144).

Die vraag ontstaan of sommige boodskappe meer of dalk minder toepaslik vir gesondheidsopvoeding aan teikengroepe in 'n multi-kulturele ontwikkelende gemeenskap is, en indien wel, of boodskaptoeepaslikheid kwalitatief meetbaar is.

1.4 VERDERE MOTIVERING VIR DIE NAVORSING

In die voorafgaande paragraaf is daarop gewys dat die toepaslikheid van boodskappe vir gesondheidsopvoeding soms veel te wense oorlaat. Navorsing wat op boodskap-aspekte fokus, behoort dus prioriteitaandag te geniet, want pogings tot doeltreffende mediagebruik is immers nutteloos indien die boodskap as sulks (wat deur een of ander medium as kommunikasiekanaal oorgedra word) nie vir 'n bepaalde teikengroep of doel geskik is nie.

Benewens die voorafgaande probleemstelling verdien aanvullende motiverings vir die ondersoek vervolgens aandag. Ten spyte van die bekendheid van mediabenuutting in gesondheidsopvoeding, word verskillende media, indien beskikbaar, dikwels nie toepaslik gebruik nie (Greene & Simons-Morton 1984:236). Die effek van kommunikasietegnologie op siektevoorkoming word ook nog nie ten volle begryp nie (Fletcher 1986:229; Barlow *et al.* 1996:257). Terselfdertyd is daar diegene wat duidelike naïwiteit oor die rol en waarde van media in onderrig en leer openbaar, "...After all, no patient ever died for the want of a clinical photograph" (Cull 1989:88).

Gepaardgaande hiermee is die gebrek aan kundigheid oor verskillende fasette van mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande een van die belangrike motiverings vir hierdie navorsing (Turbull 1986:193; Carr 1989:8). Oënskynlik ontbreek dit aan voldoende mediakundigheid vir doeltreffende gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika. Daar bestaan byvoorbeeld onduidelikheid oor die doeltreffendheid van massamedia-veldtogte vir bepaalde risikogroepe soos mense wat in heteroseksuele geslagsverhoudings betrokke is (Ijsselmuiden *et al.* 1988:467).

Ander aanleidende faktore wat met mediabenuutting in ontwikkelende lande te doen het, kan ook uitgelig word. Die implementering van onderwystegnologie in ontwikkelende lande het met 'n verskeidenheid struikelblokke te kampe. Onder die belangrikstes geld die algemene gebrek aan 'n doeltreffende infrastruktuur vir media-ondersteuning en die tekort aan voldoende oudiovisuele programmatuur wat vir spesifieke onderrig- en leerbehoefte geskik is (Michel 1987:135-137; Akinyemi 1988:134-139; Banya 1989:11-126; Zhi-Cheng 1994:132; Tan-Torres 1995:74-76). Hierdie beperkinge kom ook op die terrein van gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande voor (Ritson 1992:43; Ndeki et al. 1995:76; Hugo 1996:77-82). Morley en Savage-King (1984:61) rapporteer byvoorbeeld soos volg: "When health workers from a developing country visit a national or international 'centre of excellence' they may feel frustrated rather than helped. They realise that they have no access to high technology ... or to new ideas on how to use them". Die frustrasie wat tegnologiese- en kundigheidsbeperkinge meebring, spreek duidelik uit Bafana (1994:10) se volgende opmerking: "If there's one thing worse than a lack of technology, it must be an abundance of sophisticated equipment and no technical know-how to allow for its proper utilization". In die lig van genoemde beperkinge het die Wêreld Gesondheidsorganisasie in 1981 'n omvattende program met die oog op vestiging van 'n infrastruktuur vir mediasteundienste in meer as dertig ontwikkelende lande van stapel gestuur. Die betrokke program stel onder andere die ontwikkeling van mediakundigheid en produksie van toepaslike programmatuur vir gesondheidsopvoeding (health learning materials) as belangrike strategiese doelwitte (Health Learning Materials Network News, No 2, February 1994:6-7).

Hieruit volg 'n verskeidenheid ontwikkelingsbehoefte op die gebied van mediagebruik in gesondheidsopvoeding. El-Katsha en Watts (1994:29) stel die behoefte aan modelle vir gesondheidsopvoeding waarin toepaslike media en onderrigmetodes duidelik figureer. Die behoefte aan 'n wetenskaplike analise van faktore om die intrinsieke waarde van media in biomediese kommunikasie aan te dui, is ook reeds uitgespreek (Chessel 1990:18). In dieselfde verband wys Hanson en Pichert (1985:319), Marshall en Evans (1992:21) asook Guthrie et al. (1995:171) op die dringende behoefte aan wetenskaplike navorsing om riglyne vir die ontwerp van oudiovisuele materiaal in mediese onderwys en gesondheidsopvoeding te genereer. Ander skrywers soos Folmer et al. (1992:42) en Keenan (1996:86:91) noem dat verskillende tegniese aspekte soos die leesbaarheid van teks vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele samelewing ondersoek behoort te word, omdat leesbaarheid die verstaanbaarheid en uiteindelik impak van geskrewe boodskappe bepaal. Volgens Levin (1996:282) is die taalformulering in geskrewe teks vir gesondheidsopvoeding, met inbegrip van voedingvoorligting, in die meeste gevalle bo die gemiddelde leesbaarheidsvlak van die grootste deel van die bevolking in ontwikkelende lande. Ander navorsingsonderwerpe

wat prioriteit behoort te geniet, is die mate waarin inligting teikengroepe se bereidheid tot gesondheidsopvoeding beïnvloed (Ling 1989:25).

Terreine wat met mediagebruik in gesondheidsopvoeding verband hou, en waaroor eweneens 'n navorsingsbehoefte bestaan, sluit sosio-kulturele fasette van die onderwystegnologie (Boyd 1991:92), tegnologie-oordrag (Gopinathan 1987:177; Ajayi-Dopemu 1982:20,4-205), asook die fasiliteringsrol van media in die voorsiening van leergeleenthede vir die opheffing van onderontwikkelde gemeenskappe (Goldthorpe 1987:206; Ullmer 1994:24) in.

Dit blyk dus dat navorsing oor boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding in multikulturele ontwikkelende lande wenslik en aktueel is. Ter verdere motivering word spesifieke aanvullende faktore wat tot die hierdie navorsing bygedra het, vervolgens bespreek.

1.4.1 Die hedendaagse klem op primêre gesondheidsorg

In hedendaagse gesondheidsorg staan primêre gesondheidsorg sentraal, want dit vorm 'n integrale deel van beide 'n land se gesondheidsdienste, in die sin van die primêre taak en fokuspunt, asook sosio-ekonomiese ontwikkeling van die breë gemeenskap (Hagart & Billington 1982:12-23). Alhoewel toegang tot mediese sorg 'n basiese mensereg is, het die tradisionele benaderings tot hulpbronbestuur weens die kwynende wêreld ekonomie dit onmoontlik gemaak om in alle mense se gesondheidsorgbehoefte te voorsien, veral in ontwikkelende lande wat onder armoede en 'n snelle bevolkingsaanwas gebuk gaan. Gevolglik moes alternatiewe oorweeg word om mediese sorg binne bereik van alle individue en gemeenskappe, beide in ontwikkelde en ontwikkelende lande, te bring.

'n Publikasie van die Wêreld Gesondheidsorganisasie, *Health by the People*, wat in 1975 verskyn het (Fülop 1985:3131-319), was 'n belangrike mylpaal in die ontwikkeling van 'n nuwe benadering tot gesondheidsorg op alle vlakke. Daarvolgens moes weg beweeg word van die idee dat 'n land se gesondheidsorg in 'n klein groepie hoogs gekwalifiseerde spesialiste met gesofistikeerde tegnologie tot hulle beskikking setel, ten gunste van die uitgangspunt dat elke individu groter verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid moet aanvaar. So is die visie van *"Health for All by the Year 2000"* by Alma Ata in 1978 deur alle lede van die WGO geformuleer. In wese is die globale doel om alle wêreldburgers teen die volgende eeu in staat te stel om 'n geskikte vlak van persoonlike gesondheid te bereik ten einde 'n sosiaal en ekonomies produktiewe lewe te lei. 'n Verslag van die Wêreld Gesondheidsorganisasie stel dit duidelik dat, "... health begins at home, in schools and at factories. It is there, where people work, that health is made or broken" (World Health Organization 1985:15).

Primêre gesondheidsorg word omskryf as essensiële en bekostigbare gesondheidsorg gebaseer op praktiese, weldeurdagte asook sosiaal aanvaarbare metodes en toepaslike tegnologie wat so wyd moontlik toeganklik is vir individue en families in die gemeen-

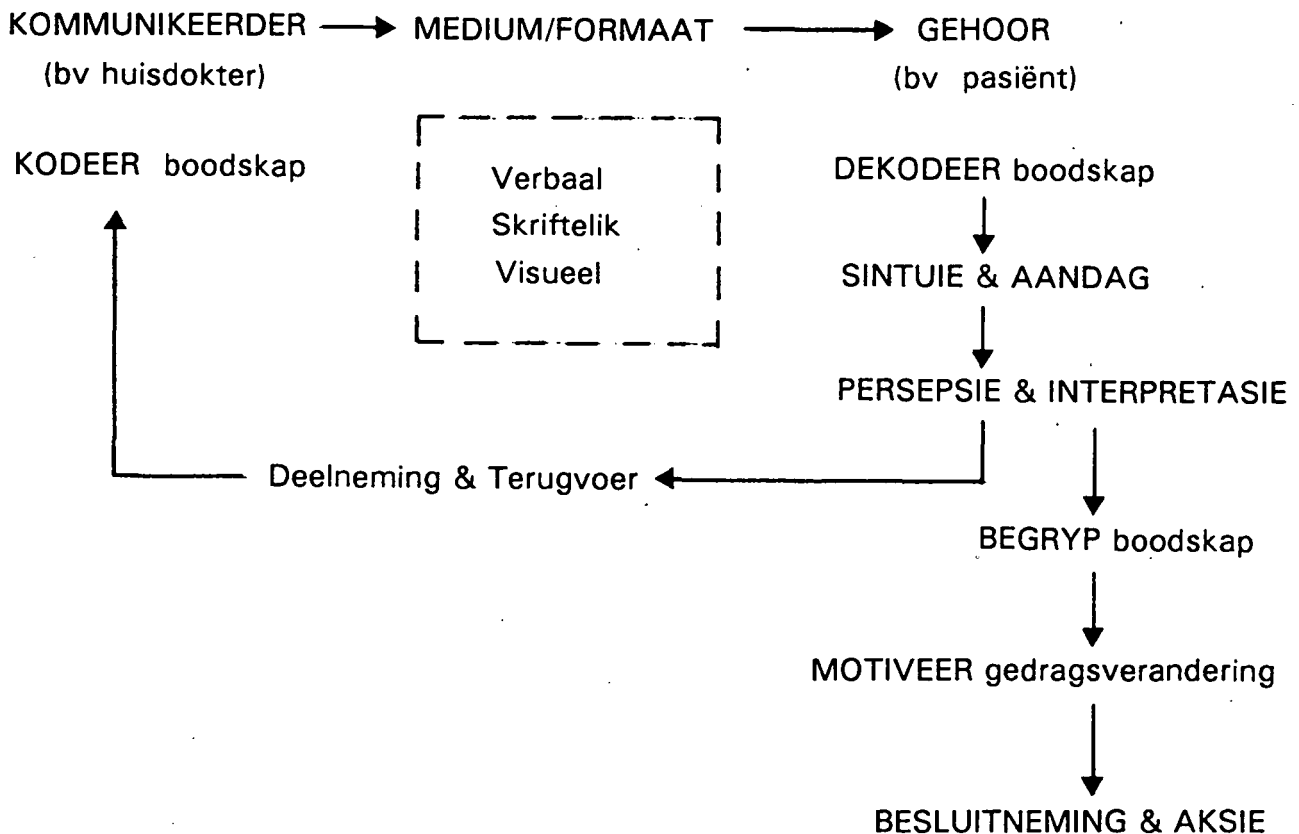
skap waar dit toegepas word. Dit sluit verskillende vorme van opvoeding met die oog op siektevoorkoming in (Brink 1989:1346-1348). Die Alma Ata verklaring het gevolglik tot die transformasie van gesondheidsorg gelei, deur die klemverskuiwing van primêr hospitaal-gebaseerde mediese dienste en tegnologiegedrewe kuratiewe sorg na die voorsiening van primêre gesondheidsorg waar gesondheidsdienste ingerig word volgens die gesondheidstatus, ekonomiese vermoëns, politieke beleid en sosio-kulturele karakter van spesifieke gemeenskappe. Hierdie benadering kan terug gevoer word na die eerste pogings om gesondheidsorg as't ware binne bereik van elke huishouding te bring deur middel van die voetsoolvlak gesondheidswerker ("village health worker") in China wat ontstaan het om basiese laekoste mediese dienste, met inagneming van die land se eiesoortige omstandighede en vermoëns, aan die bevolking te voorsien (Carr 1989:4-12). Met verwysing na 'n Chinese spreekwoord som genoemde skrywer die hedendaagse filosofie dat primêre gesondheidsorg op alle vlakke die gesondheidstatus van die wêreld kan verander, soos volg op: " 'Many little things done in many little places by many little people will change the face of the world' - and in no facet of development is this more true than in the vital facet of health" (Carr 1989:12).

1.4.2 Die vraag na doeltreffende gesondheidskommunikasie

Gesondheidsopvoeding en kommunikasie loop hand aan hand. Op sigself kan kommunikasie die inhoudelike fokuspunt wees in sekere kliniese intervensies, byvoorbeeld in die terapeutiese behandeling van 'n pasiënt met gehoorgestremdheid of spraakgebreke (Anderson 1990:24). Volgens Kickbush (1996:259) het die kommunikasiewese 'n toenemend belangrike rol in primêre gesondheidsorg, want "... (i)t is the mega growth market of the present, it helps create and structure how we live, work, and play". Alhoewel die universele beginsels van doeltreffende kommunikasie inderdaad in pasiëntsorg en gesondheidsopvoeding van toepassing is, toon gesondheidskommunikasie 'n eiesoortige karakter omdat kommunikasie in hierdie betrokke situasie uiteindelik op die verandering van gesondheidsverwante risikogedrag gemik is. Figuur 1.4 (p.15) beklemtoon die prosesmatige aard van kommunikasie in hierdie situasie, wat boodskapkodering (deur die kommunikeerder soos 'n geneesheer), die benutting van beide verbale en nie-verbale boodskapkodes asook 'n verskeidenheid perseptuele en gedragsaspekte deur die gehoor (byvoorbeeld pasiënte) inhou. Ten opsigte van laasgenoemde dimensie kom onder andere die interpretasie en vertolking van boodskappe, wat uiteindelik op die verandering van gedrag behoort uit te loop, ter sprake. Die proses maak ook die noodsaaklikheid van terugvoer, indien wanvertolking van boodskappe voorkom, noodsaaklik. Kommunikasie het met ander woorde 'n spesifieke funksie in gesondheidsopvoeding, wat onderskei kan word van kommunikasie in ander situasies soos die reklamewese.

In die lewering van gesondheidsdienste is daar verskillende situasies waar die belangrikheid van doeltreffende kommunikasievaardighede sterk na vore tree, byvoorbeeld in die neem van 'n pasiënt se siektegeskiedenis, oorrading van individue of bepaalde groepe om risikogedrag te verander, of in voorligting en advies met die oog op siektevoorkoming (Burnard 1992:1-2; Corney 1991:6; Kincey *et al.* (1991:70-72). Al die verskillende gesondheidsprofessies, met inbegrip van die gesondheidsopvoeder, behoort doeltreffende kommunikasievaardighede te ontwikkel, omdat elkeen individueel met pasiënte en die publiek werk. Dié eis geld ook vir die gesondheidsprofessies in Suid-Afrika. Volgens Muller (1981:112) kan gesondheidsopvoeding aan pasiënte deur doeltreffender kommunikasie verbeter word.

Figuur 1.4 Kommunikasie-aspekte van gesondheidsgedrag
(aangepas uit Tones 1997:794).



Oor die afgelope dekade het die belangrikheid van doeltreffende kommunikasie in gesondheidsorg opnuut onder die soeklig gekom, onder andere weens kommunikasiegebreke in die geneesheer-pasiëntverhouding. Dit blyk dat kommunikasie tydens gesondheidsopvoeding veel te wense oorlaat, want menige opvoedingspro-

gramme asook gesprekvoering tydens kliniese konsultasie kom volgens Aubel *et al.* (1991:471) en (Tones *et al.* 1991:133) op sogenaamde "eenrigting" kommunikasie (monoloog in plaas van dialoog) neer. Navorsing het insiggewende probleme van beide algemene praktisyns en hospitaalpasiënte oor kommunikasie in die kliniese situasie na vore gebring. Kincey *et al.* (1991:70-73) se ondersoek toon byvoorbeeld dat bykans 50 persent van 'n groep pasiënte in 'n verloskundekliniek die geneeshere se onvermoë om kliniese prosedures eenvoudig te verduidelik, as 'n probleem ervaar. Corney (1991:5) kom na aanleiding van menige ondersoeke tot die gevolgtrekking dat, "...patients are left confused after they have seen their doctor as the doctor failed to give clear diagnostic and prognostic statements".

Verskeie skrywers (Burnard 1992:2; Meyerscough 1996:213-226; Webb 1994:201-206) toon verder dat die gebreke rondom kommunikasie in die kliniese situasie tiperende probleme van interkulturele kommunikasie bevat. Faktore wat hiertoe bydra, is onder andere die feit dat die hospitaal- en klinieksituasie ingrypend verskil van die omgewing waarin mense daaglik werk, speel en sosiaal verkeer. Verder het die sosio-kulturele konteks waarbinne kommunikasie plaasvind 'n direkte invloed op betekenis gesondheidsboodskappe. Ter illustrasie noem Herselman (1996) dat Xhosapasiënte in Suid-Afrika, weëns die wanpersepsie dat dokters "alles weet", dikwels nie die noodsaaklikheid insien om volledige persoonlike besonderhede tydens die neem van 'n siektegeskiedenis te gee nie, en dié situasie tot kommunikasiegapings lei. Die ervaring van menige Xhosasprekende pasiënte is dat die behandeling van siektes deur middel van tradisionele geneeskunde nie met die beantwoording van vrae gepaard gaan nie, want die tradisionele geneser, "... reaches a diagnosis through divination" (Herselman 1996:11). Daarom verwys Whitehead (1992:154) na die miskenning van sosio-kulturele invloedsfaktore by kommunikasie in gesondheidsopvoeding as die "verlore skakel".

Die sosio-kulturele dimensie van gesondheidskommunikasie is besonder relevant in Afrika, want "...there is no single 'African culture' as there is no single 'African religion'" (Saayman & Kriel 1992:31). Ter beklemtoning dat sosio-kulturele faktore van Afrika-gemeenskappe direk bydra tot kommunikasiegapings in gesondheidsopvoeding skryf Livingston (1993:197) dat beide mans en vroue moet leer om met mekaar oor emosies rondom geslagsverkeer te kommunikeer. Ten opsigte van die situasie in Suid-Afrika skryf Ijsselmuiden *et al.* (1988:466) dat die sukses of mislukking van VIGS-opvoeding bepaal word deur die wyse waarop oordrag van toepaslike boodskappe plaasvind en die geloofwaardigheid van boodskapaanbieders by teikengroepe.

Die problematiek van kommunikasie in die geneesheer-pasiëntinteraksie het oor die afgelope dekade tot verskeie navorsingsprojekte gelei, onder andere oor tegnieke om pasiënte se satisfaksie met gesondheidsorg en instemming tot behandeling te verhoog (Ley 1988). Navorsing oor die interpretasie van waarskuwingsetikette op medikasieverpakkings het getoon dat hoërskoolkinders menige woorde misverstaan: slegs ag-

en-veertig persent van die populasie het die woord "fataal" korrek verstaan, en slegs vyf-en-dertig persent die woord "misbruik" (Ley *et al.* 1988:14). In 'n soortgelyke ondersoek is bevind dat misverstande onder pasiënte oor die betekenis van tandheelkundige terme soos "calculus", "plaak" en "karies" algemeen voorkom (Towner 1986:245). Ander navorsing (Lytle *et al.* 1997:128) het getoon dat daar 'n noue verband tussen die kognitiewe ontwikkelingsvlak van kinders en hul vermoë om abstrakte voedingkonsepte korrek te vertolk, bestaan - vir jonger kinders is dit moeiliker om begrippe soos "variasie", "gesonde massa" ("healthy weight") en "laevet-dieet" in gedragsterme te omskryf. Soortgelyke voorbeelde kan ook in Suid-Afrikaanse konteks voorgehou word. Hieruit kan afgelei word dat die formulering van boodskappe omsigtig hanteer moet word, omdat dit tot wanbegrip in gesondheidsopvoedingprogramme kan lei. Haslam (1984:204) wys in dié verband juis op die gevaar van "health mis-education" deur ondoeltreffende mediagebruik.

Uit die literatuur tree spesifieke navorsingsbehoefte oor gesondheidskommunikasie na vore. Oor die algemeen behoort navorsing in dié verband op onderskeidelik i) inhoudanalise (byvoorbeeld onderwerpe wat in mediaboodskappe behandel word) en media-effekte te fokus. Volgens Atkin en Arkin (1990:34) is onvoldoende navorsingsresultate oor die impak van mediaboodskappe op gemeenskapgesondheid beskikbaar. Daarom word die volgende navorsingsprioriteite oor gesondheidskommunikasie gestel:

- Navorsing om die rol van persoonlike faktore soos behoeftes, oortuigings en voorkeure in die motivering van individue om aandag te gee aan mediaboodskappe (al dan nie) te bepaal;
- Navorsing om die rol en impak van verskillende mediaboodskappe (media-effekte) op beide kognitiewe vlak en affektiewe vlak asook in die verandering van risikogedrag te bepaal.

Hierdie skrywers noem verder die behoefte aan 'n pragmatiese benadering, deur klem op toegepaste navorsing (gemik op teikengroepe in spesifieke situasies) en antwoorde op praktiese probleme te genereer ten einde mediaproducente te adviseer oor tegnieke om die toepaslikheid van gesondheidsboodskappe te verhoog (Atkin & Arkin 1990:33-37). Verder is daar 'n behoefte aan navorsing oor verskillende tegniese aspekte van gesondheidsboodskappe. Die hantering van teksvertalings vir gesondheidsopvoeding is byvoorbeeld 'n relatief nuwe veld, waarvoor duideliker praktiese riglyne nodig is (Webb 1994:204). Ter verdere voorbeeld spreek Levin en Ziglio (1996:36) hulle soos volg oor die behoefte aan vernuwende tegniese ontwikkelings rondom mediese informatika en mediagebruik in gesondheidsbevordering uit: "There is a pressing need to discover what practical tools exist or need to be developed to enhance information exchange and to re-calibrate our measures of relevance to the health promotion goal". Ontwikkelings op hierdie terrein hang saam met biomediese kommunikasie (vide, Bylae 1A, p.28), 'n spesialiseringsterrein wat fokus op die toepassing van moderne

inligtingstechnologie in die versameling, manipulerings en ontsluiting van verskillende vorme van inligting op mediese gebied (Mosley 1988:327).

1.4.3 Die vraag na gesondheidsopvoeding

Gesondheidsopvoeding is een van die kernkomponente van primêre gesondheidsorg. Vir die Wêreld Gesondheidsorganisasie is gesondheidsopvoeding 'n belegging in die gesondheid van 'n land en sy mense (Nakajima 1995:9-11). Die noodsaaklikheid van intensiewer gesondheidsopvoeding word wyd in ontwikkelende lande uitgespreek, onder andere oor gebalanseerde dieet (Kimati 1986:130), alkohol- en dwelmmisbruik (Chavunduka *et al.* 1991:29; Munodawafa *et al.* 1992:47), seksueel-oordraagbare siektes (Livingston 1993:189), kontrasepsie (De Muylder 1993:101) en infeksiebeheer (Keah *et al.* 1995:51). Volgens Gaigher (1992:10) word te min aandag aan die belangrike rol van opvoeding vir siektevoorkoming in Afrika gegee. Die belangrike rol van voorkomende opvoeding in hedendaagse gesondheidsorg word waarskynlik die beste beklemtoon deur die feit dat die seksueel-oordraagbare siekte, VIGS, tans slegs deur doelgerigte opvoedingsprogramme met die oog op verandering van risikogroepe se seksuele gedrag voorkom kan word. Tydens die persverklaring waar VIGS amptelik as 'n internasionale gesondheidsrisiko bekend gemaak is, het 'n direkteur van die Wêreld Gesondheidsorganisasie die noodsaaklikheid van voorkomende opvoeding soos volg verwoord: "Education, education, education and more education" (Mann 1988:16).

Ook in Suid-Afrika tree die belangrike rol van opvoeding in beide die verhoging van die land se gesondheidstatus en voorkoming van die VIGS-epidemie telkens in strategieë van die gesondheidsowerhede na vore (Visser 1996:15). 'n Ondersoek van die Mediese Navorsingsraad (Westaway 1995) in Suid-Afrika het aan die lig gebring dat 68 persent mans en 97 persent vroue meer klem op gesondheidsopvoeding verkies, met voorligting oor VIGS en spesifieke siektes as hoogste prioriteit. 'n Onlangse ondersoek (Pather 1996) het getoon dat algemene praktisyns in die Kaapse Skiereiland geleenthede vir voorkomende rookvoorigting onderbenut. Verskeie ander navorsers (Muller 1981:116; Steyn 1987:46; Barrie & Carstens 1989:137; Reitsma *et al.* 1994:10) het sedert die tagtigerjare die gevolgtrekking gemaak dat die gesondheidstatus van die Suid-Afrikaanse bevolking as geheel verbeter kan word deur meer voorligting oor veral VIGS, tuberkulose, mondigesondheid, polio en wanvoeding. Roux (1994:12) beweer dat hedendaagse Suid-Afrikaanse kinders en tieners te min gesondheidsopvoeding op 'n te laat ontwikkelings stadium (wanneer 'n bepaalde lewenstyl reeds grootliks gevestig is en gedragsverandering moeilik bereik kan word) ontvang. Daarom kom sy tot die gevolgtrekking dat opvoeding oor houdings ten opsigte van seksualiteit en sekuele gedrag dringend noodsaaklik is by tieners van alle bevolkingsgroepe ("African and Western teenagers"). Soortgelyke aanbevelings het op 'n nasionale ondersoek,

"Koester Ons Jeug 2000" (Stone 1990:127-130) oor lewensvaardighede vir tieners gevolg.

1.4.4 Navorsingsbevindinge oor gesondheidsopvoeding

Gesondheidsopvoeding is 'n relatief nuwe dissipline van die gesondheidswetenskappe. Gevolglik gaan navorsing oor gesondheidsopvoeding mank aan gebreke soos 'n beperkte teoretiese onderbou ten opsigte van kriteria vir en benaderings tot impak-evaluering (Feldman & Hollander 1983:11-15; Springett & Dugdill 1995:19-92). Verder bied beskikbare navorsingsresultate uiteenlopende, selfs weersprekende, getuienis oor die sukses van gesondheidsopvoeding.

Verskillende ondersoeke het getoon dat doelwitte ten opsigte van kennis, houding en gedragsverandering deur middel van voorligting oor tienerdieet (Devine *et al.* 1992:381), die gebruik van veiligheidsgordels (Bross & Spellicy 1994:103), rook onder adolessente (Fowler 1985:103) en mondhigiëne (Davies & Whittle 1992:31) wel bereik is. In ander gevalle is slegs geringe of weinig sukses tydens opvoedingsprogramme oor VIGS (Evian *et al.* 1991:343; Vos 1994: 193) en mondhigiëne onder skoolkinders (Barrie & Carstens 1989:137) behaal. Terselfdertyd het sommige programme tot beide positiewe en negatiewe resultate in verandering van gesondheids-gedrag gelei, byvoorbeeld in voorkomende opvoeding oor borskanker (Nichols & Waters 1984:115). Die indruk bestaan dat daar nog steeds twyfel bestaan oor die voordele en impak van sommige programme vir gesondheidsopvoeding. Hieroor kom Reid (1996:340) tot die slotsom, dat gesondheidsopvoeding potensieel meer koste-effektief as (kuratiewe) gesondheidsorg op langeduur kan wees, maar konkrete bewyse om die voordele daarvan te staaf, moeilik bekombaar is. Daar bestaan dus die behoefte aan meer navorsingsresultate om die waarde en veral langtermynimpak van gesondheidsopvoeding te demonstreer.

1.4.5 Die stand van gesondheidsbevordering in Suid-Afrika

Volgens internasionale riglyne vir gesondheidsbevordering, soos neergelê in die Ottawa Handves van 1986, vergelyk die algemene stand van gesondheidsbevordering in Suid-Afrika swak met ander ontwikkelende lande. Voor die historiese April 1994 verkiesing is die strategieë van gesondheidsbevordering gesien as aanvullend tot die bestaande (oorwegend hospitaal/kuratief-gebaseerde) gesondheidsorgsisteem, eerder as 'n meganisme waardeur die gesondheidstatus van alle individue en gemeenskappe verbeter kan word. 'n Ondersoek deur Lazarus en Westaway (1994:1-2) het getoon dat 'n rigtinggewende beleid asook strategie vir doeltreffende gesondheidsbevordering by die meeste statutêre instellings en nie-statutêre instellings ontbreek het. Algemene kommer is ook uitgespreek oor die gebrek aan voldoende oudiovisuele programmatuur wat vir gesondheidsopvoeding in die Suid-Afrikaanse multi-kulturele situasie geskik is, asook die gebrekkige koördinering van oudiovisuele produksies vir gesondheids-

opvoeding. Weens die tekort aan voldoende plaaslik vervaardigde oudiovisuele programmatuur kom die invoer en gebruik van oorsese materiaal, veral videoprogramme, ten spyte van verskillende gebreke in die (plaaslike) toepaslikheid daarvan algemeen voor. Die beskikbaarheid van mediaproduksiefasiliteite wissel van 'n gesofistikeerde infrastruktuur by sommige instellings tot beperkte of selfs geen fasiliteite by ander instellings. Ander kenmerkende tendense is die volgende:

- Die gebruik van uiteenlopend verskillende metodes en media vir gesondheidsopvoeding. Formele lesings, uitstallings, plakate en gedrukte pamflette geniet wye voorkeur. Sommige instellings pas wel ervaring-gerigte metodes toe, maar weining kies metodes met die oog op kognitiewe leer en houdingsverandering.
- Alhoewel deurlopende evaluering van programme vir gesondheidsbevordering as noodsaaklik beskou word, pas weinig organisasies evaluering toe. Belangrike struikelblokke ten opsigte van progamevaluering is die gebrek aan evalueringskundigheid, hulpbronne, tyd vir effektiewe evaluering en beskikbaarheid van eenvoudige gebruikersvriendelike evalueringsinstrumente (Lazarus & Westaway 1994:46-51).

1.4.6 Die vraag na ontwikkelingshulp deur Suid-Afrika

Afrika het 'n lang geskiedenis van mislukkings en agteruitgang op vele gebiede. Daarom staan die kontinent voor omvangryke uitdagings en veranderinge. Griffiths (1992:22) skryf hieroor: "In Africa, the past is painful, but it is the future that matters". Volgens John Gunther, 'n joernalis van *Inside Africa*, kan die verskillende behoeftes van Afrika tot twee hoofprioriteite gereduseer word, naamlik ontwikkeling en opvoeding (aangehaal deur Lamb 1985:274). Ontwikkeling verwys hier nie soseer na die duplisering van tegnologie en nywerheidsvermoëns van die groot industriële wêreldreuse nie, maar eerder na 'n paradigmaverskuiwing om (positiewe en negatiewe) historiese realiteite te aanvaar, die kragte van elke individuele land op die kontinent te ontdek en te ontgin, met inagneming van die beperkinge, ten einde die bereiking van die land se volle potensiaal op die wêreldtoneel meer sigbaar te maak (Barnard 1993:2).

Op grond van die lewensverwagting en geletterdheid van volwassenes asook die bruto binnelandse produk per capita (BBP) as maatstaf val vyf van die Suider-Afrikaanse lande, naamlik Mosambiek, Malawi, Angola, Namibië en Zambië, volgens die Verenigde Nasies in die lae menslike ontwikkelingsgroep, terwyl Zimbabwe, Lesotho, Botswana en Suid-Afrika in die middelgroep val. Die vermoë van Suider-Afrika om voldoende voedsel vir binnelandse behoeftes te produseer en die hoë kindermortaliteit onder beheer te bring, toon 'n dalende neiging, terwyl die hoogste styging in VIGS-gevalle vir Suider-Afrika in Malawi en Zambië voorkom. 'n Aantal spesifieke probleemareas word verder as prioriteit vir ontwikkelingsprogramme in Suider-Afrika gestel, naamlik: die stadige ontwikkeling van menslike hulpbronne, die hoë

bevolkingsaanwas, ongeletterdheid, die hoë invoer- en afhanklikheidseconomie, die onvoldoende voedselproduksie, die hoë werkloosheidskoers, die hoë voorkoms van wanvoeding en ondervoeding, die snelle verstedeliking en die verskraling asook stagnering van ekonomiese kragte (Coetzee & Beukes 1993:19-20).

In die lig van bognoemde agtergrondgegewens word daar toenemend op Suid-Afrika vir verskillende vorme van ontwikkelingshulp gesteun en om 'n leidende rol in Afrika te vervul, byvoorbeeld ten opsigte van wanvoeding, landbou, kommunikasie, mediese navorsing en gesondheidsorg asook ekonomiese ontwikkeling (Yach *et al.* 1992:19; Walker 1993:38; Barnard 1995:58-60). Ter beklemtoning van die verwagtinge wat Afrika-lande aan Suid-Afrika vir ontwikkelingshulp stel, kom Lamb (1985:342) tot die volgende veelseggende gevolgtrekking: "For now, the key to the continent's future is South Africa. If neighbours could draw freely upon South Africa's surplus food, industry, expertise and efficiency, the economic character of all Southern Africa would be dramatically altered. Then everything else would follow, for economic self-reliance is the forrunner of political stability, the birth of a middle class, improved health conditions and a controlled birth rate". Daarom het verskillende samewerkings-ooreenkomste soos die Suider-Afrikaanse Ontwikkelingsgemeenskap (SAOG) reeds tot stand gekom, wat onder andere Suid-Afrikaanse kundigheid vir ander lande in hierdie streek toeganklik maak. Uit persoonlike korresponisie en gesprekke met kollegas in Guyana, Thailand en Indonesië (Sinclair 1994; Ayudhaya 1995; Hidayat 1995) asook die Wêreld Gesondheidsorganisasie (Dowling 1994) het die verwagting dat Suid-Afrika ook op die gebied van mediagebruik in gesondheidsopvoeding 'n waardevolle bydrae tot vooruitgang in ander ontwikkelende lande kan lewer, duidelik geword. Hierdie navorsing bied dus die geleentheid om ten opsigte van boodskaptoepaslikheid en mediagebruik in gesondheidsopvoeding 'n waardevolle ontwikkelingsbydrae te lewer. Vir Clark (1997:70) bestaan die moontlikheid dat navorsingsresultate op hierdie terrein selfs waarde oor 'n wyer front as net in ontwikkelende lande kan hê: "It's time for the people who understand multimedia best to ...help South Africa become a major player in the global market place".

1.4.7 Die vraag na toepaslike tegnologie en media

Daar is reeds aangetoon dat opvoeding en toepaslike tegnologie sleutelbegrippe van primêre gesondheidsorg is. In 'n ondersoek oor boodskappe in gesondheidsopvoeding sou toepaslike tegnologie dus ook ter sprake kom. Ram (1989:9) gee aanduiding hiervan met die opmerking dat mediese inligting vir gemeenskappe in ontwikkelende lande in eenvoudige en verstaanbare taal deur middel van toepaslike tegnologie aangebied moet word. Afrika-lande soos Uganda en Kenia het baanbrekerswerk in verband met die benutting van eenvoudige (laetegnologiese) media vir voorkomende VIGS-opvoeding verrig (Nunn 1987:55). Volgens Laver (1986:253) kan die oordrag van inligting in gesondheidsopvoeding met behulp van laetegnologie-metodes wel

sukcesvol bereik word. Perks en Shears (1988:21-23) beskryf ook hoe laetegologiese media vir onderrig van gestremde kinders in Nigerië gebruik is. Gaigher (92:12) identifiseer die ontoepaslikheid van tegnologie as 'n belangrike oorsaak vir mislukkings in primêre gesondheidsorg en gemeenskapsontwikkeling in Venda ('n voormalige self-regerende gebied in Suid-Afrika).

Die vraag na toepaslike tegnologie en media hang saam met die vertegnologisering van die hedendaagse samelewing. Toepaslike tegnologie geniet in ontwikkelende lande toenemend aandag onder andere op die terreine van onderwystegnologie (Hackbarth 1988:35-38; Reeves *et al.* 1993:58-61), kliniese tegnologie (Perry & Marx 1992:356-362; Jeffcoat & Clark 1993:169-184), media in gesondheidsopvoeding (Morley & Savage-King 1984:1057-1058; Werner & Bower 1987:15/1-15/8) en mediese informatika (Coghlan & Khan 1993:301-304). Die ontwikkeling van toepaslike tegnologie binne konteks van die uitgangspunt en strategieë van primêre gesondheidsorg is ook 'n belangrike riglyn in die African National Congress (ANC 1994:35) se konsepplan vir 'n nuwe nasionale gesondheidsorgmodel in Suid-Afrika. Die behoefte aan toepaslike onderwysmedia in Suid-Afrika word waarskynlik die beste in die opmerking, "Local is lekker!", van 'n kongresganger tydens 'n onlangse internasionale mediakongres verwoord (Mutshekwane 1995).

Uit 'n praktiese oogpunt sentreer die vraag na toepaslike tegnologie en media om die probleem dat sommige tegnologiese produkte nie vir bepaalde behoeftes en omstandighede geskik is nie. Robson (1989:66) gee 'n voorbeeld hiervan deur identifisering van die volgende tekortkominge van verskillende oudiovisuele programmatuur wat uit die Verenigde State van Amerika vir gebruik by gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika ingevoer is:

- * Programmatuur was nie oorspronklik vir Suid-Afrikaanse gehore bedoel nie. Die taalgebruik is baie gesofistikeerd.
- * Omgewings (locations) waar tonele afspeel, is vreemd.
- * Die meeste videoprogramme was bedoel vir selfstudie in spesiale studiekajuite, wat nie vir gebruik met groot groepe geskik is nie.
- * Geen programme was in plaaslike taaldialekte beskikbaar nie en oorklanking was onmoontlik.

Die vraag word dikwels gevra of ontwikkelende lande, weens toenemende armoede, nie minder afhanklik moet wees van duur gesofistikeerde tegnologie nie. Te midde van uiteenlopende standpunte tree dit uit die literatuur duidelik na vore dat tegnologie onontbeerlik is vir die skep en uitbouing van 'n funksionele kommunikasie-infrastruktuur in ontwikkelende lande (Mytton 1983:19-36; Green & Lascaris 1990:35-50; Conradie 1995:51-53). Skrywers soos Fletcher (1986:229) en Marchant (1988:iii) maak juis voorspraak dat 'n vermenging van gevorderde kommunikasietegnologie en laetegnologiemetodes moet plaasvind om te verhoed dat die inligtingsgapings tussen ontwikkelde en ontwikkelende lande vergroot. Navorsing deur Okello (1986:3131-

316), Marchant (1988:29-34) en Adeyemi (1989:283) toon dat elektroniese massamedia 'n stimulerende effek op sosio-ekonomiese ontwikkeling het, terwyl Devitt (1991:371), Rich (1991:151) en Grobbelaar (1993:21-22) dit onomwonde stel dat onderwysvernuwing in ontwikkelende lande versnel kan word deur wye toepassing van moderne elektroniese massamedia en inligtingstechnologie. Volgens Jones en Higgins (1987:77-80), Groenewald (1988:273-274), Van der Wal en Van der Linde (1991:188-195) asook Lyons (1992:51-58) het moderne massamedia en rekenaarondersteunde onderrig beslis 'n funksie in ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika. Wouters (1991:381), Hawkrigde (1991:105) en De Muylder (1993:101) waarsku verder teen die onderbenutting en selfs verwerping van toepaslike tegnologie in ontwikkelende lande. Vir Molstad (1983:8) is die vraag nie meer óf die onderwystegnologie in ontwikkelde en ontwikkelende lande nodig is nie, maar hoe elke spesifieke land die beskikbare tegnologie kan aanpas volgens eie behoeftes, kundigheid en vermoëns om die gehalte van, en toeganklikheid tot, onderwys te verbeter.

Dit is insiggewend dat ontwikkelende lande wye ervaring op die terrein van toepaslike tegnologie oor die afgelope dekade opgebou het. Daarom bestaan die standpunt dat industriële lande die kreatiewe benaderings en tegnieke tot generering van toepaslike tegnologie in ontwikkelende lande self met vrug kan navolg (Gueulette 1979:23). Temple (1994) het tydens 'n onlangse openbare televisieprogram die belangrike opmerking gemaak dat Suid-Afrika se rol in die internasionale kommunikasiebedryf op die toepassing van bestaande tegnologie vir Afrika se eiesoortige situasie en behoeftes, eerder as op die generering van nuwe tegnologie, gemik behoort te wees.

1.4.8 Mediariiglyne van die Wêreld Gesondheidsorganisasie

Aansluitend by die vorige paragaraaf word ten slotte gewys op die Wêreld Gesondheidsorganisasie se riglyne vir media-ontwikkeling in ontwikkelende lande. Daar is tevore verwys na die WGO se projek om mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande te stimuleer. 'n Onlangse vorderingverslag (WHO 1994) maak die gevolgtrekking dat media-ontwikkeling vir gesondheidsopvoeding 'n dinamiese proses is, en 'n netwerk van ondersteuningsdienste met dinamiese groeipotensiaal hiervoor in ontwikkelende lande gevestig is. Die verslag sluit af met die volgende opsomming oor die stand van sake: "Many countries still have an acute shortage of relevant materials for use in the health sector. Even in those countries with active HLM (health learning materials) projects, there will be a constant need for revising and updating existing materials....All that is now required is commitment and the will to succeed at regional and country level" (WHO 1994:7).

Teen dié agtergrond het die WGO ses fundamentele riglyne ter bevordering van doeltreffende mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande geformuleer, wat die riglyn van toepaslikheid insluit.

Relevansie

Die belangrikheid van relevansie vloei uit die klem op 'n behoefte-gebaseerde benadering in hedendaagse gesondheidsopvoeding voort. Die fokus is veral op die vermoë van media om spesifieke doelwitte soos kennis, houding, vaardighede en uiteindelik gedragsverandering te bevorder.

Toepaslikheid

Hierdie riglyn vereis dat media en tegnologie by die lewensomstandighede en kultuur van mediagebruikers moet aanpas. In die proses van tegnologie-oordrag word oudiovisuele materiaal dikwels van die buiteland ingevoer, maar sodanige media is weens onvoldoende kulturele kontekstualisering vir die behoeftes en omstandighede in 'n spesifieke land of gemeenskap nie geskik nie. Die ontoepaslikheid kan manifesteer in akademiese taalgebruik of verskillende oudiovisuele voorstellings wat tot wanbegrip by sekere teikengroepe lei.

Bruikbaarheid

Alle beskikbare media is nie noodwendig vir gesondheidsopvoeding geskik nie, want daar is kenmerkende verskille tussen geskikte boodskapformulerings vir media-advertensies en ander opvoedkundige doelwitte. In dieselfde sin kan enige gedrukte materiaal nie vir selfstudie of massakommunikasie gebruik word nie. Oudiovisuele programmatuur word dikwels onderbenut of selfs geensins gebruik nie omdat dit 'n algemene funksie, eerder as spesifieke toepassings (byvoorbeeld onderrig in teenstelling met leer) het.

Toeganklikheid

In ontwikkelende lande lei ondoeltreffende kommunikasie, bestuur en logistieke maatreëls dikwels daartoe dat beskikbare tegnologie en programmatuur nie bestemmings waar die grootste nood bestaan, bereik nie. Gevolglik is spesifieke hulpbronne (byvoorbeeld gevorderde tegnologie) wel toeganklik vir sommige instellings of gemeenskappe, terwyl in ander gevalle die betrokke hulpbronne algeheel ontbreek.

Optimalisering

Media op sigself kan onmoontlik kommunikeer en leer verbeter - die bepalende faktor is hoe dit aangewend word. Die blote beskikbaarheid van media impliseer dus nie noodwendig dat dit doeltreffend gebruik word nie. Verder beskik elke individuele medium oor spesifieke kommunikatiewe kenmerke wat in boodskapontwerp en boodskapoordrag maksimaal benut behoort te word.

Evaluering

Die vermoë om doeltreffende mediagebruik te onderskei van ondoeltreffende mediagebruik, en toepaslike boodskappe van ontoepaslike boodskappe te onderskei, is slegs moontlik deur evaluering om die geldigheid daarvan kwalitatitief en kwantitatief te bepaal (Dowling 1991:1-10).

1.5 DOEL VAN DIE NAVORSING

1.5.1 Oorkoepelende doelstelling

Hierdie navorsing beoog om die geldigheid van die volgende hipotese te bepaal, naamlik dat boodskappe in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon, wat deur sekere beginsels en praktykvereistes vir verhoogde boodskaptoepaslikheid gerugsteun word.

1.5.2 Besondere doelwitte

Voortvloeiend uit die breë doelstelling geld die volgende spesifieke doelwitte, naamlik:

- i) om die grondbeginsels, strategieë en metodes van hedendaagse gesondheidsopvoeding te identifiseer en insig in die verband tussen gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering te verkry;
- ii) om die belangrikste invloedsfaktore by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap te identifiseer;
- iii) om die grondbeginsels van toepaslike tegnologie en tegnologie-oordrag te identifiseer;
- iv) om toepaslike media vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende gemeenskappe te identifiseer en helderheid oor didaktiese vertrekpunte in doeltreffende mediagebruik te verkry;
- v) om insig in kommunikasiekundige aspekte van media in gesondheidsopvoeding te verkry;
- vi) om duidelikheid oor teoretiese riglyne vir boodskapkodering by mediagebruik in gesondheidsopvoeding te verkry;
- vii) om die belangrikste koderingsriglyne ten opsigte van basiese mediakategorieë in gesondheidsopvoeding te identifiseer en te prioritiseer;
- viii) om 'n model ten opsigte van boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n multi-kulturele ontwikkelende Suid-Afrikaanse gemeenskap te genereer.

1.6 TERREINAFBAKENING EN NAVORSINGSMETODES

Die oorkoepelende tema dui aan dat hierdie navorsing op 'n spesifieke faset van mediagebruik, naamlik boodskaptoepaslikheid, in gesondheidsopvoeding fokus. Tegnologie kom wel soms ter sprake, omdat die ontwerp en oordrag van boodskappe tydens kommunikasie nie van fisiese hulpbronne (apparatuur, programmatuur) los gemaak kan word nie. Dié problematiek word nagevors binne die konteks van 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap.

Bogenoemde doelstellings vereis 'n kombinasie van verskillende navorsingsmetodes. Die teorievorming is op 'n literatuurstudie gebaseer, terwyl 'n vraelys tydens 'n empiriese ondersoek oor toepaslike boodskapkodering aangewend word. Die

uiteindelike **modelontwerp** is 'n sintese van die inligting wat in die voorafgaande hoofstukke gegenereer is. In die modelontwerp en empiriese ondersoek is persoonlike ervaring op die terrein van biomediese kommunikasie en mediasteundienste aan verskillende tersiêre onderwysinstellings in Suid-Afrika oor die afgelope dekade ook benut.

Vanweë die fokus op boodskappe in hierdie studie, maak grafiese voorstellings 'n belangrike element van die proefskrif uit. Indien sodanige materiaal direk uit 'n bepaalde bron gebruik word, verskyn dit in die oorspronklike vorm om moontlike betekeniswysigings as gevolg van vertaling uit te skakel. Figure en tabelle wat as gevolg van teksuitleg en die illustrasieformaat nie op 'n betrokke bladsy direk na 'n verwysing inpas nie, volg op die daaropvolgende bladsy(e). Bylaes volg aan die einde van elke hoofstuk, terwyl 'n volledige bronnelys aan die einde van die laaste hoofstuk ingesluit word.

1.7 VERDERE VERLOOP VAN DIE NAVORSINGSPROGRAM

Afgesien van hierdie betrokke inleidende hoofstuk, is die studieprogram in nege hoofstukke verdeel wat elk op 'n bepaalde aspek van die breë tema fokus. In die lig van die klemverskuiwing na primêre gesondheidsorg wat eers onlangs in Suid-Afrika geïmplementeer is, bestaan daar moontlik onduidelikheid oor grondbegrippe en strategieë wat rondom mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande geld. Gevolglik behels die navorsingsprogram eerstens 'n ondersoek van sekere teoretiese aspekte ten einde 'n basis vir 'n empiriese ondersoek en die uiteindelike modelontwerp te vestig.

Hoofstuk twee fokus op fundamentele grondslae van gesondheidsopvoeding, gesondheidsbevordering en gemeenskapsontwikkeling. Daarin word die verband tussen gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering, die verband tussen gesondheidsbevordering en gemeenskapsontwikkeling, basiese etosbenaderings in gesondheidsbevordering, verskillende filosofiese benaderings tot gesondheidsopvoeding, primêre toetreevlakke in gesondheidsopvoeding, die onderskeid tussen formele-, nie-formele- en informele gesondheidsopvoeding, die verskillende vlakke van voorkomende gesondheidsopvoeding, asook die primêre teikengroepe en sleutelrolspelers in gesondheidsopvoeding ondersoek.

Didaktiese vertrekpunte vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoedingpraktyk word in **hoofstuk drie** bespreek. Die wyse waarop algemene riglyne vir doeltreffende onderrig in gesondheidsopvoedingpraktyk figureer en die komponente van sistematiese programbeplanning staan hier onder die soeklig. Daar word onder andere gekyk na die noodsaaklikheid vir en beginsels van media-integrering.

Hoofstuk vier bespreek 'n situasie-analise van invloedsfaktore by gesondheidsopvoeding in multikulturele ontwikkelende gemeenskappe. Vanuit die vertrekpunt dat 'n komplekse verskeidenheid invloedsfaktore die relevansie en uitkomstige gesondheids-

opvoeding bepaal, word die belangrikste makro- en mikro-invloedsfaktore ondersoek en die interaksie tussen verskillende invloedsfaktore verduidelik. Spesiale aandag word aan tegnologie-oordrag en die sosio-kulturele dimensie van gesondheidsopvoeding gegee, waarna implikasies vir gesondheidsopvoeding aangetoon word.

Hoofstuk vyf gee 'n breë perspektief op mediagebruik in gesondheidsopvoeding. Na 'n aanvanklike oriëntering volg 'n oorsig van verskillende vorme van mediagebruik in gesondheidsopvoeding, onder andere vir boodskapoordrag in die gemeenskap. Verder word verskillende aspekte van media en leer in gesondheidsopvoeding behandel, met inbegrip van 'n analise van artikels oor mediagebruik in gesondheidsopvoeding en enkele ondersteunende navorsingsbevindinge.

In **hoofstuk ses** word aspekte van kommunikasie in gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering ondersoek. Basiese kommunikasiestrategieë en aspekte van massakommunikasie word bespreek. Die grootste gedeelte van die hoofstuk word aan boodskapaspekte in gesondheidskommunikasie gewy, met verwysing na moontlike benaderings in boodskapformulering, die sosio-kulturele dimensie van boodskappe in gesondheidskommunikasie, verskillende boodskapeffekte in gesondheidsgedrag en die rol van mediageletterdheid. Die hoofstuk word afgesluit met implikasies vir mediagebruik en boodskapontwerp.

Met die oog op 'n empiriese ondersoek stel **hoofstuk sewe** 'n teoretiese verwysingsraamwerk vir toepaslike boodskapkodering. Die fundamentele uitgangspunt ten opsigte van programmatuurontwerp in gesondheidsopvoeding (health learning materials, vide bylae 1A, p.28) word gestel, waarna 'n bespreking van die spektrum beeldkommunikasievorme, die samehang tussen visuele en verbale kodes, en verskillende riglyne vir toepaslike boodskapkodering volg.

Hoofstuk agt gee verslag van 'n empiriese ondersoek oor riglyne vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding. Die belangrikste koderingsriglyne vir verskillende mediakategorieë (grafika en illustrasies, teks, oudiovisuele programme) met inbegrip van riglyne vir sosio-kulturele kontekstualisering word bepaal en geprioritiseer.

Hoofstuk nege bespreek 'n konseptuele model vir boodskaptoepaslikheid in mediagebruik by gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap in Suid-Afrika. Die model is 'n kulminering van die teoretiese en empiriese ondersoeke in die voorafgaande hoofstukke en word deur bespreking van enkele situasie-analisefaktore vooraf gegaan. Na 'n sintese van die verskillende sleutelkomponente volg 'n illustratiewe toepassing in die Suid-Afrikaanse situasie, asook 'n aanduiding van toepassingsmoontlikhede in ander ontwikkelende lande.

Laastens gee **hoofstuk tien** 'n samevatting van die belangrikste bevindinge in die verskillende hoofstukke van hierdie ondersoek, waarna 'n gevolgtrekking, aanbevelings en aanduiding van verdere navorsingsmoontlikhede volg.

Bylae 1A. Begripsverklaring van addisionele sleutelterme

Biomediese kommunikasie

Mediagebruik vir kommunikasie in geneeskundige konteks.

Gemeenskapsgesondheid

Aksies om die hoogs moontlike vlak van fisiese, psigiese, sosiale en omgewingsgesondheid in 'n bepaalde gemeenskap te bereik, met inagneming van die sterkpunte en beperkinge van die betrokke gemeenskap.

Gemeenskapsontwikkeling

Aksies om die lewensomstandighede van mense in 'n bepaalde gemeenskap te verbeter, met inagneming van die beskikbare hulpbronne, vermoëns en ontwikkelingspotensiaal van die gemeenskap.

Kommunikasiekodes

'n Groep verwante tekens en/of simbole tesame met die reëls wat die gebruik daarvan vir kommunikasie binne 'n bepaalde konteks reguleer.

Kultuur

Kultuur is die lewenswyse van mense met ooreenstemmende waardes, gewoontes, taal, oortuigings, gedragsnorme en produkte van skeppende aktiwiteit in 'n bepaalde gemeenskap.

Mediagesteunde leer

Die toepassing van 'n verskeidenheid media, metodes en strategieë om die verskillende en uiteenlopende behoeftes van leerders te akkommodeer, en interaksie tussen leerder en studiemateriaal te fasiliteer.

Multimediabenadering

Die gelyktydige aanwending en integrering van verskillende media ten einde die kommunikatiewe sterkpunte van elk te kombineer en die tekortkominge van elk te oorbrug.

Onderwystegnologie

Die beplanning, ontwikkeling, benutting, bestuur en evaluering van prosesse en hulpbronne in die onderwys om leer te verbeter.

Programmatuurontwerp vir gesondheidsopvoeding

Alle aspekte met betrekking tot die ontwerp van programmatuur vir gesondheidsopvoeding. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie gebruik die term "health learning materials".

Hoofstuk 2

FUNDAMENTELE GRONDSLAE VAN GESONDHEIDSOPVOEDING, GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING

2.1	INLEIDING	29
2.2	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GESONDHEIDSBEVORDERING	29
2.3	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING	33
2.4	DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING	34
2.5	BASIESE ETOSBENADERINGS IN GESONDHEIDSBEVORDERING	36
2.5.1	Die diensetos	36
2.5.2	Die bemagtigingsetos	36
2.5.3	Praktiese implikasies	36
2.6	VERSKILLENDE BENADERINGS TOT GESONDHEIDSOPVOEDING	37
2.6.1	Die voorkomingsbenadering	39
2.6.2	Die opvoedingsbenadering	39
2.6.3	Die bemagtigingsbenadering	40
2.6.4	Die gesondheidsgerigte benadering	40
2.6.5	Die radikaal-politiese benadering	41
2.6.6	Sintese	41
2.7	PRIMÊRE TEIKENGROEPE IN GESONDHEIDSOPVOEDING	42
2.8	TOETREEVLAKKE TOT GESONDHEIDSOPVOEDING	44
2.8.1	Formele, nie-formele en informele gesondheidsopvoeding	44
2.8.2	Vlakke van voorkomende gesondheidsopvoeding	45
2.9	DIE SPANBENADERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING	46
2.10	SAMEVATTING	50

Hoofstuk 2

FUNDAMENTELE GRONDSLAE VAN GESONDHEIDSOPVOEDING, GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPSONTWIKKELING

2.1 INLEIDING

Boodskappe in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding kan nie bestudeer word sonder om duidelikheid oor die besondere aard en wese van hedendaagse gesondheidsopvoeding te verkry nie. Mediaboodskappe is immers 'n dinamiese verskynsel, met eiesoortige funksies in verskillende situasies, byvoorbeeld om die publiek van nuwe produkte bewus te maak (bemarking), om komplekse begrippe aan leerders te verduidelik of visuele voorbeelde van rare lewensverskynsels te gee (onderrig en leer), of om verskillende risikogroepe van gesondheidsbedreigende gedrag bewus te maak (gesondheidsopvoeding). In hierdie hoofstuk word die grondslae van gesondheidsopvoeding, gesondheidsbevordering en gemeenskapsontwikkeling dus ondersoek.

Die begrip gesondheidsopvoeding is tevore omskryf in terme van fasilitering van leer ten einde vrywillige verandering van gesondheidsgedrag teweeg te bring (vide, h1:6). Die begrip gemeenskapsontwikkeling word in bylae 1A (p.28) omskryf.

2.2 DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GESONDHEIDS- BEVORDERING

Die literatuur bied verskeie definisies van gesondheidsbevordering. Oor die algemeen kom gesondheidsbevordering neer op 'n sambreelbegrip vir 'n kombinasie van verskillende verbandhoudende konsepte en aksies wat gesondheidsopvoeding en mediagebruik kan insluit (Catford & Nutbeam 1984:38). Ter aanduiding van spesifieke fokuspunte omskryf Seymour (1984:37) gesondheidsbevordering as daadwerklike aksie om mense se fiksheid en welsyn deur middel van verskillende aktiwiteite soos gesondheidsopvoeding, wetgewende en omgewingsregulasies asook beïnvloeding van sosiale en ekonomiese faktore te verbeter. Volgens die Ottawa Deklasie (Lazarus 1994:8) word ten minste vier bekende strategieë gevolg om die gesondheid van gemeenskappe en individue te bevorder, naamlik:

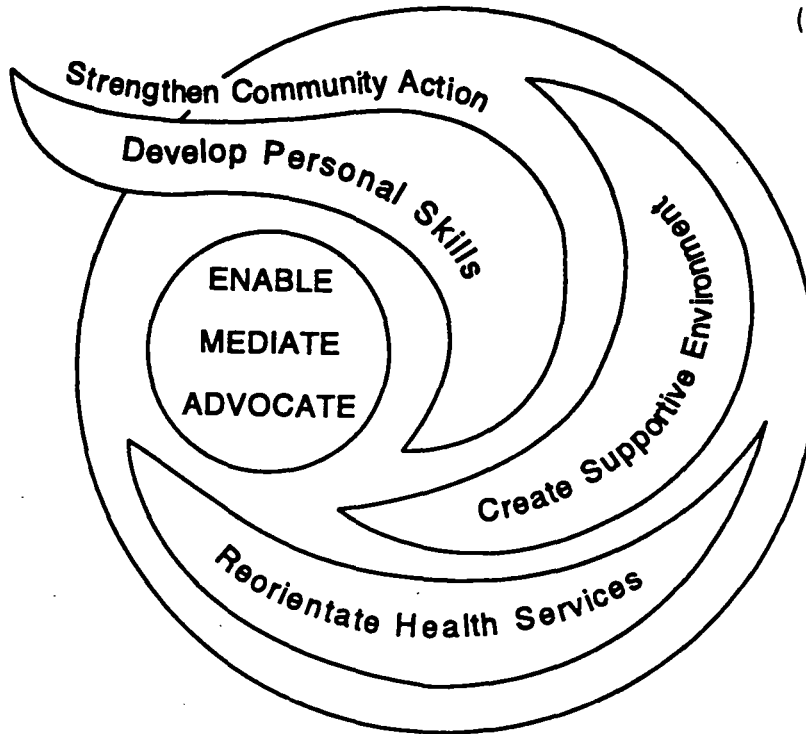
- * die versterking van gemeenskapsaksies (byvoorbeeld in die vorm van gesondheidsforums);
- * die ontwikkeling van persoonlike sosiale vaardighede;
- * die vestiging van 'n infrastruktuur vir ondersteuning van gesondheidsorg; asook
- * die herorganisasie en reoriëntasie van gesondheidsdienste (byvoorbeeld die skep van primêre gesondheidsklinieke).

Die belangrikste komponente en strategieë van gesondheidsbevordering word in figuur 2.1 (p.30) aangetoon. Daarvolgens staan fasilitering, mediëring en openbare voorspraak in gesondheidsbevordering sentraal, wat onder andere in die ontwikkeling van

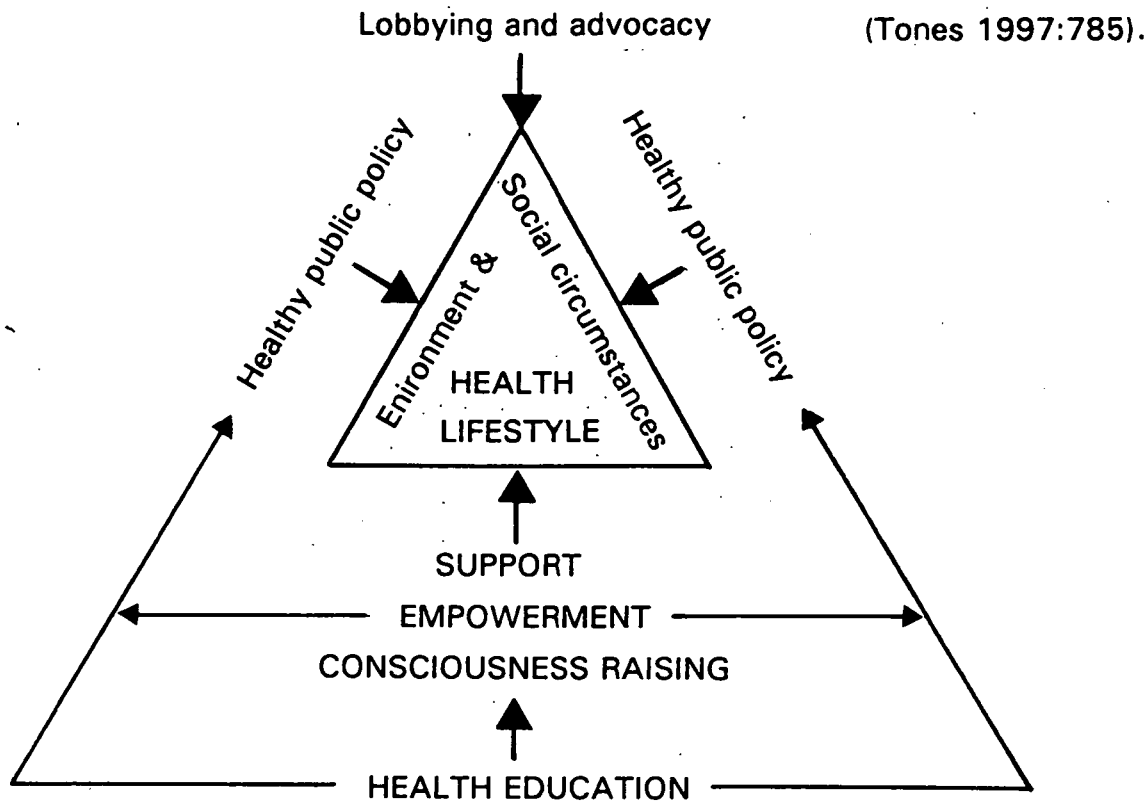
gesondheidsverwante lewensvaardighede en die skepping van ondersteuningsmeganismes behoort neerslag te vind.

Figuur 2.1 Primêre doelwitte en strategieë in gesondheidsbevordering

(Lazarus 1994:7)



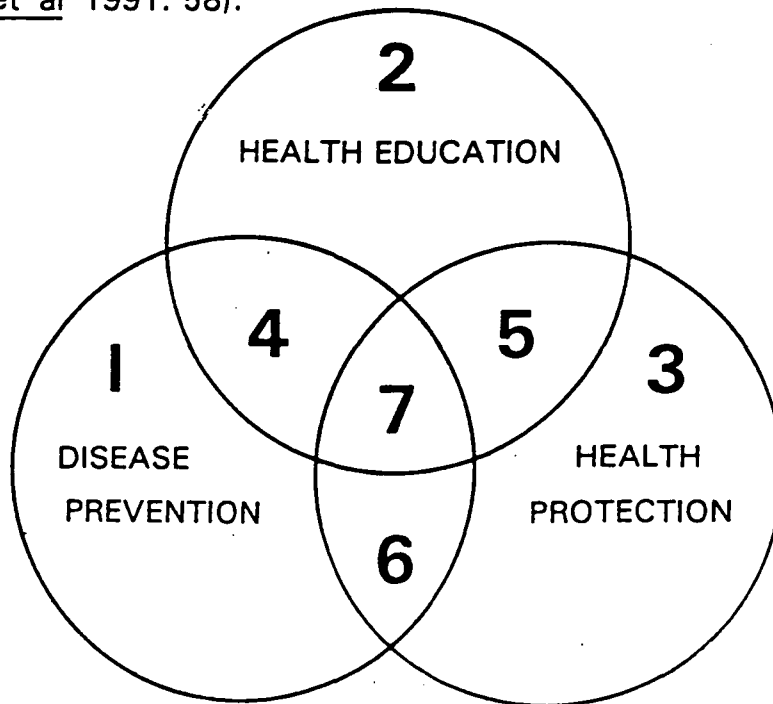
Uit die literatuur blyk dit dat, alhoewel die gesondheid van individue en gemeenskappe wel sonder spesifieke opvoedingsaksies kan realiseer, die effektiwiteit van gesondheidsbevordering meestal deur opvoedingsprogramme verhoog word (Catford & Nutbeam 1984:38). Daarom behoort daar eerder na 'n simbiose tussen gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering gesoek te word, in plaas van die twee begrippe in isolasie te beskou. Figuur 2.2 (p.31) illustreer dat gesondheidsopvoeding 'n fundamentele plek in aksies vir gesondheidsbevordering binne die gemeenskap beklee, byvoorbeeld deur mense aan die hand van relevante lewensvaardighede te bemagtig om as't ware self groter beheer oor hul eie gesondheid te verkry. Opvoedingsprogramme het verder 'n rol in openbare bewusmaking oor bepaalde gesondheidsverwante sake, asook in die voorsiening van kennis aan individue en groepe oor beskikbare openbare gesondheidsdienste. Hierbenewens behoort opvoeding daarop gerig te wees om gepaste gesondheidsbeleid tot stand te bring en nodige wysigings vir die verbetering van gesondheidsdienste op alle vlakke teweeg te bring. Belangegroeppe en die media kan hierin 'n openbare voorspraakfunksie vervul deur die gesondheidsowerhede en beleidmakers van kritiese tendense soos gesondheidsrisiko's in die omgewing bewus te maak. Die Stone-verslag (1990) oor die Suid-

Figuur 2.2 Gesondheidsopvoeding in samehang met gesondheidsbevordering

Afrikaanse jeug se behoefte aan lewensopvoeding ("lifestyle education") onderskryf die noodsaaklikheid van 'n simbiotiese verhouding tussen gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering. Daarvolgens behoort lewensopvoeding ten minste inhoude van bepaalde lewensnorme, kundighede, gesindhede en vaardighede in te sluit om leerders toe te rus om selfstandige en verantwoordelike keuses te maak.

Daar bestaan verskeie modelle wat die verband tussen gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering verder verduidelik. Die bekendste grafiese model is Tannahill (1985:58) se holistiese benadering (figuur 2.3, p.32) waarin aangetoon word dat gesondheidsbevordering drie sleutelkomponente insluit, naamlik gesondheidsopvoeding, gesondheidsvoorkoming, en die handhawing asook beskerming van mense se gesondheidstatus. Onderlinge gemeenskaplikhede lei uiteindelik tot die volgende sewe onderskeibare dimensies van gesondheidsbevordering:

1. Siektevoorkoming: kliniese intervensies soos immunisasie om geïdentifiseerde siektes en bedreigende gesondheidstoestande die hoof te bied.
2. Gesondheidsopvoeding: leerervarings gemik op vrywillige aanpassing van gedrag om die gesondheid en welsyn van individue, groepe en die gemeenskap te verbeter.

Figuur 2.3 Die holistiese benadering tot gesondheidsbevordering(Downie et al 1991: 58).

3. Gesondheidsbehoud: politieke, ekonomiese en organisatoriese maatreëls om gemeenskapsgesondheid te handhaaf en te verbeter, byvoorbeeld wetgewing om rook in openbare plekke te verbied.
4. Voorkomende gesondheidsopvoeding: aksies om die lewenstyl van individue te verander ten einde persoonlike gesondheid te verbeter, gesondheidsdienste meer effektief te benut en die effek van sekere siektes (byvoorbeeld alkoholisme, anorexia nervosa, koronêre hartvatsiekte) asook gesondheidsbedreigende toestande (byvoorbeeld hongersnood en natuurrampe) te beheer, hanteer en indien moontlik uit te skakel.
5. Opvoeding vir gesondheidsbehoud: aksies gemik op die publiek en wetgewers se bewustheid en ondersteuning van aksies om die gemeenskap se gesondheid te handhaaf en verbeter.
6. Voorkomende gesondheidsbehoud: aksies op owerheidsvlak om die effek van siektes en gesondheidsbedreigende toestande te hanteer, te beheer en uit te skakel (byvoorbeeld fluoriedbehandeling in water om tandkaries te voorkom).
7. Opvoeding vir voorkomende gesondheidsbehoud: aksies ter stimulering van maatreëls om 'n sosiale omgewing tot stand te bring wat die voordele van siektevoorkoming benut en toepas (byvoorbeeld volhardende wye openbare debat vir wetgewing om die dra van veiligheidsgordels deur motorbestuurders verpligtend te maak).

Die belang van die holistiese model is dat enige aksie vir gesondheidsopvoeding wat op enge wyse uitsluitlik of hoofsaaklik gemik is op blote inligtingoordrag oor 'n spesifieke onderwerp, enersyds, of verandering van bepaalde risikogedrag, andersyds, slegs beperkte sukses sal lewer. French en Adams (1986:73) gee 'n relevante voorbeeld: "Health education programmes that have tried to get people to stop smoking, drinking less alcohol, use contraceptives, or avail themselves of preventive health services, have been at best only partially successful". Daarom hang die sukses van gesondheidsopvoeding grootliks af van die mate waarin spesifieke aksies en programme deel vorm van 'n omvattende benadering tot gesondheidsbevordering.

2.3 DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSBEVORDERING EN GEMEENSKAPS-ONTWIKKELING

Gesondheidstatus word deesdae met die welsyn van mense en die ontwikkelingsvlak van 'n bepaalde gemeenskap, in plaas van net die voorsiening van gesondheidsdienste, verbind. Die primêre motivering is dat mense se gesondheid en welsynstoestand (of siektetoestand) direkte implikasies vir produktiwiteit en persoonlike vooruitgang inhoud. Internasionale organisasies soos die Wêreld Gesondheidsorganisasie en die Wêreldbank gebruik gesondheidstatus as indikator om die ontwikkelingsvlak van 'n land te bepaal (World Development Report 1993). Nakajima, die direkteur-generaal van die Wêreld Gesondheidsorganisasie onderskryf dié uitgangspunt soos volg: "Health is a product of social action. ... Active community participation and supportive social policies are necessary for progress in health. And herein lies our challenge" (WHO 1990:10). Die African National Congress (ANC 1994:9) se beleidsdokument vir 'n nuwe gesondheidsplan in Suid-Afrika ondersteun ook dié standpunt, want "...The health sector and health services must increase awareness that a healthy population is necessary for social and economic development". Persone wat een of ander siekte onder lede het, plaas nie net 'n las op hulself en die gemeenskap nie, maar lewer weinig bydrae tot die ekonomiese aktiwiteite van 'n land. Daarom behoort enige aksie vir gesondheidsbevordering saam te hang met die oogmerke en strategieë vir gemeenskapsontwikkeling. 'n Beleidsdokument van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WHO 1986:iii-v) stel in dié verband vyf algemene doelwitte vir gesondheidsbevordering.

- * Die verbetering van toeganklikheid tot gesondheidsorg deur gelyke geleenthede vir benutting van beskikbare dienste.
- * Die skep van 'n omgewing wat bevorderlik is vir gesondheid en welsyn, veral in werkverband en die huislike omstandighede.
- * Die versterking van sosiale ondersteuningsnetwerke, byvoorbeeld in die gesinslewe.
- * Die bevordering van waardes, norme en gedrag wat verband hou met 'n gesonde lewenstyl.

'n Sterk tradisie van gemeenskapsontwikkeling is sedert die sewentigerjare in die meeste ontwikkelende lande gevestig. Spesifieke programme vir gesondheidsbevordering is dikwels 'n uitvloeisel van gemeenskapontwikkelingsaksies. So byvoorbeeld word die meeste suksesvolle openbare veldtogte vir die bevordering van gesinsbeplanning in ontwikkelende lande geloods (Tones *et al.* 1991:184). Daar bestaan ook bewyse dat ontwikkelingstrategieë wat op die verbetering van lewenskwaliteit gemik is, positief tot die verlaging van die geboortesif in bepaalde gemeenskappe van ontwikkelende lande bydra (World Development Report 1993:42-43). 'n Dure les wat ontwikkelende lande egter het, is die gevaar wanneer gesondheidsdienste van ander verbandhoudende openbare dienssektore soos opvoeding, behuising, landbou, voeding en die sosiale status van vroue geïsoleer word (Gaigher 1992:1).

2.4 DIE VERBAND TUSSEN GESONDHEIDSOPVOEDING EN GEMEENSKAPS-ONTWIKKELING

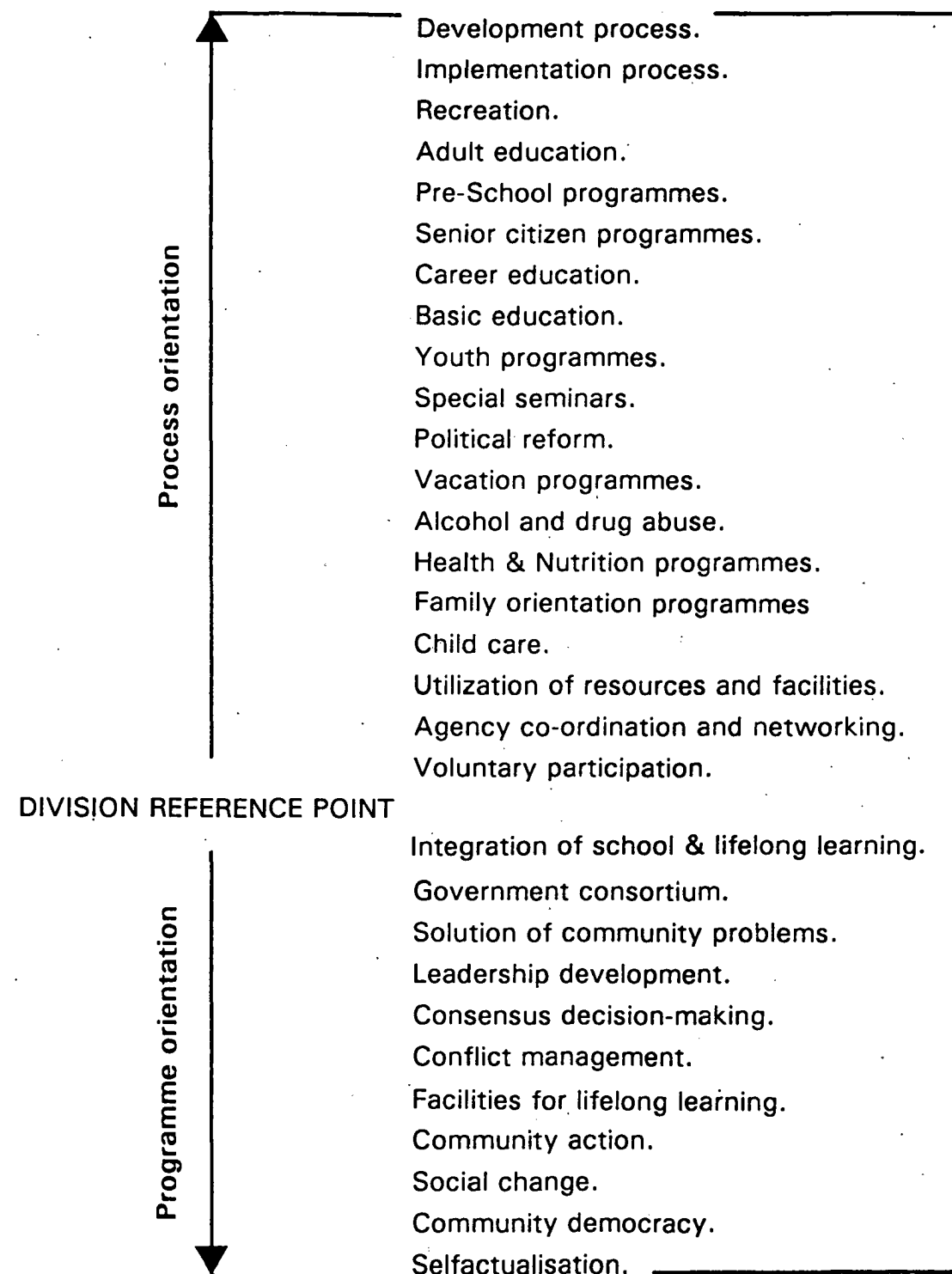
Daar bestaan verskillende raakpunte tussen gesondheidsopvoeding en gemeenskapsontwikkeling. Gesondheidsopvoeding is per geleentheid as die ontwikkeling van gemeenskapgesondheid beskryf (Bruce 1995), terwyl Gaigher (1992:144) 'n noue verband tussen inligting in voorkomende gesondheidsorg en 'n leerbenadering tot gemeenskapsontwikkeling trek. Laasgenoemde stel 'n model vir gemeenskapsontwikkeling wat op drie ondersteuningskomponente naamlik gemeenskapsontwikkeling, gemeenskapgesondheidswerkers en primêre gesondheidsopvoeding gebaseer is. Ten opsigte van laasgenoemde komponent word onderskei tussen gesondheidsinligting en gesondheidsopvoeding - die term gesondheidsinligting verwys in dié geval na feitelike inligting oor hoe om gesond te leef, persoonlike gesondheidstatus in stand te behou, asook ondersteuningsgroepe.

Uiteindelik kan opvoeding tot sosiale opheffing lei, want deur opvoeding word individue in staat gestel om kennis toe te pas met die oog op selfaktualisering en sosiale ontwikkeling. Daarom is gesondheidsopvoeding nie 'n passiewe onderneming wat op blote verspreiding van inligting neerkom nie, maar sluit dit doelgerigte uitreikaksies met die oog op gesondheidsbevordering by spesifieke teikengroepe in die gemeenskap in (Baker *et al.* 1988:597-601; Rhodes & Holland 1992:536-546). Skrywers soos Ram (1989:8-9) asook Stevenson en Lennie (1992:555-566) lê besondere klem op die bemagtiging van gemeenskappe in gesondheidsopvoedingprogramme.

Ter verdere aanduiding van raakpunte het Kleinen (1991:49-52) vyftien spesifieke leerbehoefte rondom formele, nie-formele en informele onderwys in onderontwikkelde gemeenskappe van Suid-Afrika geïdentifiseer, wat onderwerpe soos funksionele geletterdheid, ouerskap, verbruikersgeletterdheid, sosiale vaardighede, tegniese en beroepsbekwaamheid, probleemoplossing asook gesondheidsaspekte insluit. Gemeenskaplikhede tussen gesondheidsopvoeding en gemeenskapsontwikkeling tree ook in Fletcher (1980:59) se voorstelling van gemeenskapsopvoeding na vore, wat as 'n

kontinuum met sleuteltemas soos dwelmmisbruik, kindersorg en voeding voorgestel word (figuur 2.4). Dit blyk verder dat die grootste impak van openbare gesondheidsveldtogte met behulp van massamedia in die korttermyn deur die integrasie van media met gemeenskapontwikkelingsaksies en ondersteunende gemeenskapsopvoeding bereik word. Daarom is gemeenskapsdeelname aan ontwikkelingskommunikasie deurslaggewend in die effektiewe hantering van sosiale probleme soos VIGS, kontrasepsie, aborsie en gesinsbeplanning (Hubley 1993: 111-128).

Figuur 2.4 Gesondheidsopvoeding in gemeenskapsopvoeding (Fletcher 1980:59).



2.5 BASIESE ETOSBENADERINGS IN GESONDHEIDSBEVORDERING

Daar is tevore aangetoon dat bemagtiging en toeganklikheid tot gesondheidsdienste belangrike strategieë in gesondheidsbevordering is. Aansluitend hierby kom twee fundamentele etosbenaderings ook ter sprake, naamlik i) die diensetos en ii) die bemagtigingsetos. Hierdie twee etosbenaderings word wêreldwyd in beide ontwikkelde en ontwikkelende lande nagevolg (Lazarus 1994:8-10). Die betekenis van elk word kortliks verduidelik.

2.5.1 Die diensetos

Die diensetos lê klem op die rol van bepaalde aksies as moontlike oplossings vir gesondheidsprobleme in die gemeenskap, byvoorbeeld 'n massamediaveldtog ter voorkoming van VIGS, dwelmmisbruik of wanvoeding. Organisasies wat hierdie etos volg, beskryf hul primêre taak as die voorsiening van gespesialiseerde diens *aan* die gemeenskap. In sulke gevalle word die diens beplan, beheer, uitgevoer en geëvalueer deur die organisasie self, sonder deelname van individue of groepe in die gemeenskap as gebruikers van gesondheidsdienste.

2.5.2 Die bemagtigingsetos

In vergelyking met die etosbenadering lê die bemagtigingsetos klem op die proses wat individue en groepe in staat stel om self oplossings vir geïdentifiseerde probleme te genereer. Organisasies wat hierdie etos volg, sien hul primêre taak as fasiliteerders in die proses van gemeenskapsontwikkeling in samewerking *met* individue en ander rolspelers wat deur die betrokke gemeenskap self aangewys word. Sodoende word alle deelnemers as't ware as vennote wat mede-verantwoordelikheid vir die sukses van 'n program dra, beskou.

2.5.3 Praktiese implikasies

Die onderskeie etosbenaderings hou spesifieke implikasies vir beide gesondheidsopvoeding en mediagebruik in. Oor die algemeen manifesteer die diensbenadering in die klem op die rol van programinhoud en metodes om bepaalde doelwitte te bereik. Terselfdertyd word hoë prioriteit verleen aan die tegniese kwaliteit van diens. Die diensbenadering stel gevolglik hoë eise aan fisiese hulpbronne en tegniese kundigheid. Beskikbare media vir gesondheidsopvoeding is byvoorbeeld volgens hierdie model die eiendom van die betrokke organisasie wat dit voorsien, en slegs vir geselekteerde gebruikers toeganklik. Tydens die proses van programmatuurontwikkeling word die teikengroep selde betrek, omdat hul meestal nie oor gespesialiseerde kennis en vaardighede vir professionele mediaproduksies beskik nie.

Die bemagtigingsetos lê daarenteen minder klem op die benutting van beskikbare fisiese hulpbronne soos tegnologie, maar stel die fasilitering van hulpbronontwikkeling

in en deur die gemeenskap voorop. Aangesien gemeenskappe self die verantwoordelikheid dra om die nodige middele te genereer, is die ontwikkeling van toepaslike kundigheid en vaardighede op bepaalde terreine waar behoeftes bestaan, 'n belangrike strategie in bemagtiging. In hierdie geval neem die gemeenskap self eienaarskap van alle hulpbronne soos programmatuur vir gesondheidsopvoeding wat deur individue en groepe in 'n betrokke gemeenskap gegenereer word. Vanweë die belang van gemeenskapsbemagtiging deur eie hulpbronontwikkeling is 'n lae tegniese kwaliteit van programmatuur dikwels vir die gemeenskap aanvaarbaar.

2.6 VERSKILLENDE BENADERINGS TOT GESONDHEIDSOPVOEDING

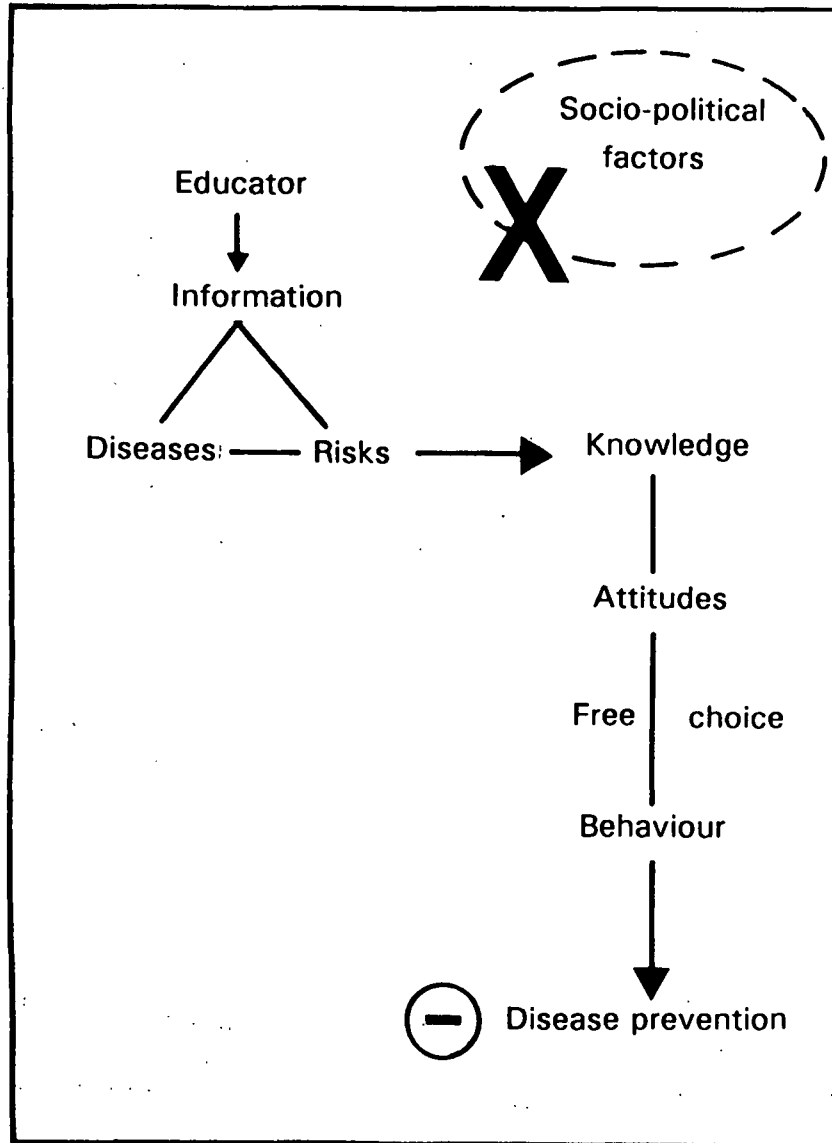
Die historiese ontwikkeling van gesondheidsopvoeding word gekenmerk deur navolging van verskillende filosofiese benaderings (Downie *et al.* 1991:32-36). Breedweg kan onderskei word tussen drie ontwikkelingsfases wat beskryf kan word as die tradisionele benadering, die oorgangsmodel, en die hedendaagse holistiese benadering (Tones *et al.* 1991:6-14). Die tradisionele benadering sluit die volgende variante in:

- i) Die Mediese model (gebaseer op die aanname dat die biomediese wetenskap, inligting om onkunde te oorbrug en gespesialiseerde tegnologie die sleutel is tot behandeling van siektes).
- ii) Die Siektemodel (gebaseer op die aanname dat siektes volgens identifiseerbare simptome en oorsake behandel moet word).
- iii) Die Risikomodel (gebaseer op die aanname dat siektes effektief behandel kan word deur intervensies wat fokus op spesifieke risikofaktore).

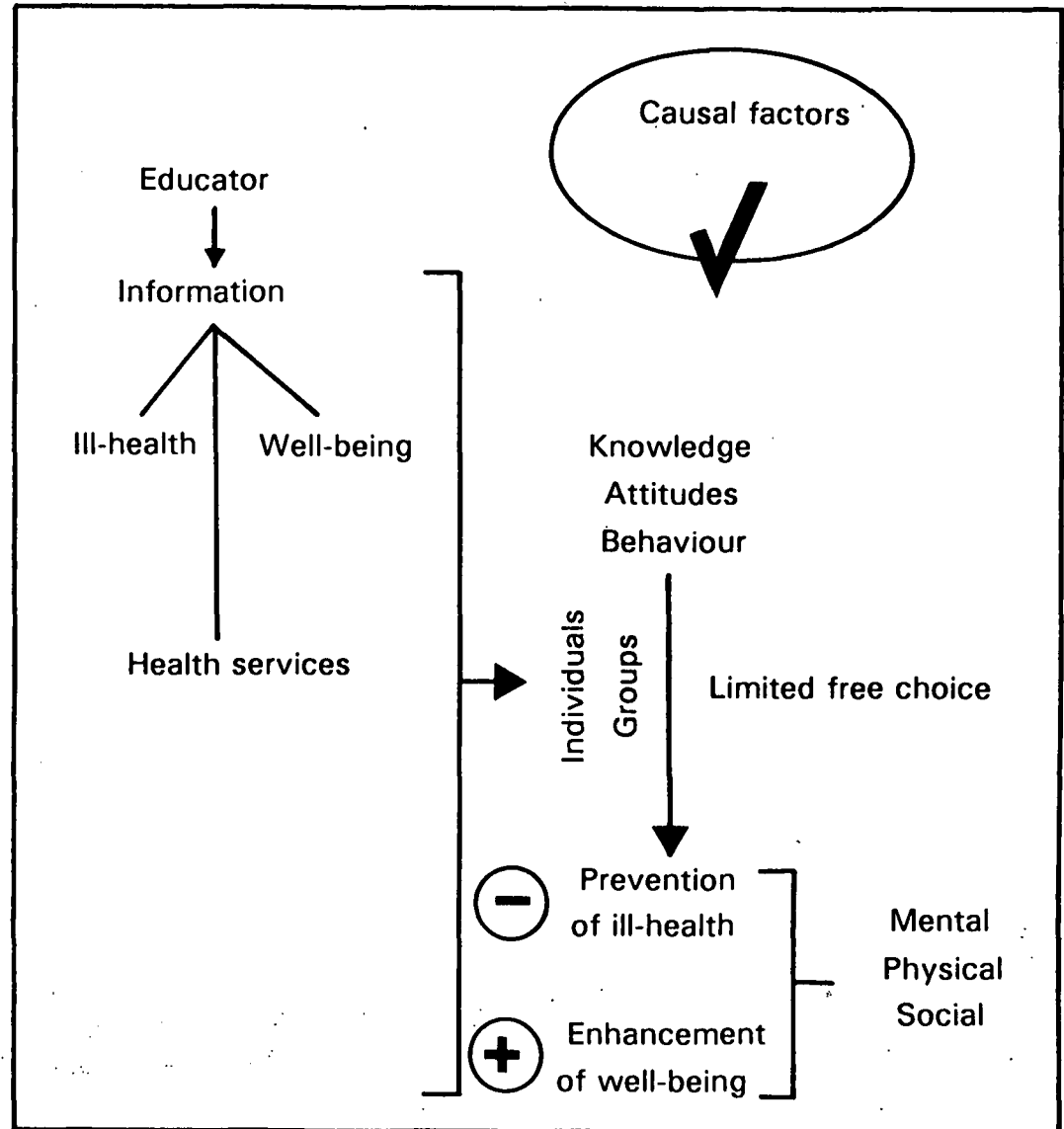
Die tradisionele model (figuur 2.5, p.38) stel 'n simplistiese en oordrewe negatiewe benadering, in dié sin dat die klem op kennis en die behandeling van siektes val. Dié model staan nie net in skrilte kontras met die hedendaagse klem op siektevoorkoming en primêre gesondheidsorg nie, maar toon terselfdertyd 'n gebrek aan opvoedkundige grondslag weens die aanname dat meer kennis noodwendig sal lei tot verandering van gesondheidsgedrag. In die praktyk lei die tradisionele model dikwels tot fokus op geïsoleerde gesondheidsonderwerpe, duplisering van inligting, inligtingoorlading, ondoeltreffende benutting van hulpbronne en verwarrende kommunikasie. Gepaardgaande hiermee word verskillende invloedsfaktore in die gesondheidstatus van individue en die gemeenskap geïgnoreer (French & Adams 1986:73; Downie *et al.* 1991:33).

In 'n poging om die gebreke van die tradisionele simplistiese model te oorbrug, is die oorgangsmodel wat gekenmerk is deur die klem op manipulatiewe "skoktaktiek" en inboeseming van vrees om verandering van lewenstyl te weeg te bring, mettertyd geformuleer. 'n Bekende voorbeeld was die prominente gebruik van die "Grim Reaper"-figuur in televisieflitse vir openbare VIGS-opvoeding in Australië gedurende die tagtigerjare - hierdie model het juis die teenoorgestelde effek gehad as wat beoog is (Baggaley 1989:2).

Figuur 2.5 Die tradisionele benadering tot gesondheidsopvoeding (Downie et al 1991: 33).



Figuur 2.6 Die moderne benadering tot gesondheidsopvoeding (Downie et al 1991: 34).



Die hedendaagse model (figuur 2.6, p.38) volg die holistiese sienswyse wat die kompleksiteit van invloedsfaktore in gesondheid en siekte deeglik in berekening bring. Hierdie model is eerstens gerig op die bevordering van 'n gesonde lewenswyse op fisiese, psigiese en sosiale vlak, in plaas van siektevoorkoming wat 'n sekondêre doelwit is. 'n Belangrike fokuspunt is leiding en begeleiding van individue, groepe en gemeenskappe om eie waardes te ondersoek en verskillende sosiale vaardighede te ontwikkel ten einde selfbeeld te verbeter. Die proses word verder gekenmerk deur gemeenskapsdeelname, deurlopende interpersoonlike kommunikasie, eie keuse en die skep van 'n omgewing wat bevorderlik is vir gesondheid. Terselfdertyd gee die model 'n meer getroue weergawe van verskillende kragte in die onderwysdinamika.

Die belangrikste filosofiese modelle wat kollektief toegepas kan word in die hedendaagse holistiese benadering tot gesondheidsopvoeding word vervolgens kortliks bespreek.

2.6.1 Die voorkomingsbenadering

In teenstelling met die klem op kennisvermeerdering en kuratief-tegnologiese aksies van die mediese model, tree siektevoorkoming sterk na vore in die primêre gesondheidsorgmodel (Greene & Simons-Morton 1984:44; Muir Gray & Fowler 1984:9-10). Voorkomingsaksies kan verskeie vorme aanneem, naamlik:

- i) die voorkoming van die aanvang of eerste manifestasie van 'n siekte of siektebedreigende toestand deur risikovermindering, byvoorbeeld intervensie om hoë bloedcholesterolvlakke te voorkom;
- ii) die voorkoming van siekte-ontwikkeling of 'n bedreigende siektetoestand deur vroegtydige identifikasie wat die moontlike gevolge gunstig kan beïnvloed, byvoorbeeld die vroeë identifikasie van kankeragtige gewasse;
- iii) die voorkoming van vermybare komplikasies van 'n onomkeerbare siekte of siektebedreigende toestand, byvoorbeeld die beheer van bloedglukosevlakke in diabetes;
- iv) die voorkoming van herhaaldelike siekte of welsynbedreigende toestand, byvoorbeeld 'n tweede onbeplande swangerskap (David & Williams (1987:6-14).

2.6.2 Die opvoedingsbenadering

Kennis is die vertrekpunt in die opvoedingsbenadering, omdat kennis ingeligte besluitneming moontlik maak. Hieroor skryf McLeavy (1986:30) byvoorbeeld soos volg: "If children are to make decisions, they should do so from a position of knowledge rather than ignorance". Verskeie ander skrywers (Kurtz 1985:110; Kempson 1987:182:183; Manning & Lee 1988:153; Lloyd & Combes 1988:81-82) onderskryf dié uitgangspunt. Regensberg en Tanchel se navorsing (1988:229) onder twee honderd pensionarisse

by 'n buitepasiëntkliniek toon byvoorbeeld dat sewe-en-vyftig persent van die respondente meer inligting oor die korrekte gebruik van medikasie benodig.

Die opvoedingsbenadering beklemtoon egter die verwerwing van insig en vaardighede in die toepassing van kennis, eerder as kennis op sigself. In dié verband waarsku Anderson (1986:19-24) teen die gevare van gesondheidskennis buite ervaringskonteks in die sin van "blote kennisvermeerdering" wat tot irrelevante leerervaring kan lei. Daar bestaan byvoorbeeld min twyfel dat seksualiteitsopvoeding vir tieners die grootste waarde inhou indien die doelwitte en inhoud van 'n program fokus op lewensvaardighede om moontlike probleme soos onbeplande swangerskap en newe-effekte van vrye seks te hanteer, in plaas van net die moontlike gevare te beklemtoon (Wellings 1988:57-60). Tones (1986:223) huldig 'n soortgelyke standpunt soverre dit opvoeding aan adolessente oor dwelmmisbruik betref.

2.6.3 Die bemagtigingsbenadering

In teenstelling met passiewe aanvaarding van heersende (gunstige of ongunstige) lewensomstandighede dui bemagtiging op doelgerigte fasilitering ter verwerwing van beter insig, versterking van lewenswaardes en praktiese probleemoplossing soos permanente verbetering van behuisingsnood en werkloosheid. Bemagtiging is veral daarop gerig om individue en belangegroepes toe te rus asook in staat te stel om deel te neem aan die verbetering van 'n gemeenskap se gesondheidstatus. Bemagtiging lei volgens die WGO tot toename in bevoegdheid ("capacity building") vir die verhoging in gesondheidstatus van die gemeenskap (Nakajima 1995).

In die praktyk word die model gekenmerk deur verskillende uitreikaksies met die oog op gemeenskapsbemagtiging. Daar moet as't ware uit die beskermde kliniese omgewing van die geneesheer se spreekkamer na die "vuil" leefwêreld van spesifieke groepe soos dwelmverslaafdes en prostitute beweeg word om spesifieke omstandighede wat die betrokkenes se gesondheidstatus bedreig, te verander. Hier is dus sprake van pro-aktiewe intervensie deur voorkomende aksie in die gemeenskap (Rhodes & Holland 1992:533). Tones (1993:133) verwys in dié verband na Florence Nightingale se standpunt oor die fasiliteringsrol van 'n gemeenskapswerker, wat sy soos volg verwoord: "It is quite useless to send round and lecture, because people don't like being lectured! Let someone go and live among the women and become their friend". Bemagtiging fokus dus primêr op gesondheidsbevordering in samewerking *met* die gemeenskap in plaas van dienslewering *aan* die gemeenskap (Mariasy 1984:107-111; Clark 1988:119-121).

2.6.4 Die gesondheidsgerigte benadering

Hierdie model het 'n dualistiese oogmerk, naamlik om siektes en gesondheidsbedreigende toestande (op fisiese, sosiale en psigiese vlak) te voorkom of te verminder, asook individue se welsyn te bevorder (Downie *et al.* 1991:40-42). In die

praktyk kan dit manifesteer in gesondheidsopvoedingprogramme aan spesifieke teikengroepe soos tieners met dieetafwykings, diabete of pasiënte met hoë bloedcholesterolvlakke in situasies soos die skool, werksomgewing, klinieke en sosiale verenigings. Die doelwitte van kuratiewe en voorkomingsaksies is ondergeskik aan en addisioneel tot die bevordering van omvattende gemeenskapsgesondheid.

2.6.5 Die radikaal-politiese benadering

Die filosofiese grondslae van gesondheidsopvoeding het inderdaad ook revolusionêre elemente. In sekere geleedere bestaan die siening dat tradisionele benaderings tot gesondheidsbevordering geen wesenlike impak sal maak tensy dit deur 'n radikaal nuwe denkwys asook vernuwende politiese en organisatoriese styl gerugsteun word nie (Caplan & Holland 1990:10-12; Tones *et al.* 1991:9-10). Die nuttelosheid van verouderde benaderings om gedragsverandering teweeg te bring, te midde van knellende lewensomstandighede soos hongersnood, armoede, morele verval en snelle bevolkingsaanwas, word vergelyk met 'n poging om stoele op die dek van die *Titanic* te probeer herrangskik (Tones 1987:11-12). Teen hierdie agtergrond behoort gesondheidsopvoeding te begin by wye publieke bewusmaking van spesifieke omgewingsfaktore en lewenstyle wat gesondheidsrisiko's inhou, asook individuele motivering om toepaslike aksies te loods ten einde die ongunstige omstandighede te verander. Tones (1987:11) praat in hierdie verband van kritiese bewusmaking ("critical consciousness raising").

2.6.6 Sintese

Alhoewel verskillende benaderings tot gesondheidsopvoeding aangetoon is, impliseer dit nie dat die onderskeie benaderings onversoenbaar is en hulle mekaar noodwendig uitsluit nie. Die bemagtigingsmodel bou byvoorbeeld voort op die opvoedingsmodel deurdat ingeligte besluitneming die individu in staat stel om meer verantwoordelikheid vir eie gesondheid te aanvaar. Bemagtiging hou ook verband met voorkoming deur 'n lewenstyl wat vir gesondheid bevorderlik is, te beklemtoon. Verder is bemagtiging 'n belangrike faset en uitvloeisel van die radikaal-politiese benadering, want die toepassing van die radikale model lei dikwels tot gemeenskapsontwikkeling, wat onder andere gepaard gaan met versterking en uitbouing van individuele lewenswaardes, vaardighede, selfbeeld en vermoëns op verskillende vlakke. Kleinen (1991:124-128) wys daarop dat die hoofdoel van nie-formele gemeenskapsopvoeding fokus op begeleiding van individue tot begrip van, en groter beheer oor, sosiale, ekonomiese en/of politieke kragte ten einde persoonlike status in die gemeenskap te verbeter. 'n Onderlinge verband tussen die verskillende modelle is dus beide in 'n teoretiese sin en in die praktyk moontlik.

Die praktiese waarde van die genoemde benaderings is tweërlei. 'n Bepaalde situasie sou die klem op 'n spesifieke benadering (of kombinasie van benaderings) vereis,

byvoorbeeld die voorkomingsbenadering, opvoedingsbenadering en bemagtigingsbenadering is noodsaaklik in 'n gemeenskap waar die persepsie bestaan dat mense se gesondheid slegs deur kuratiewe sorg (hospitalisasie) verbeter kan word. Die betrokke gemeenskap moet gevolglik opgevoed word in die noodsaaklikheid en verskillende vorms van siektevoorkoming. Terselfdertyd moet bemagtiging plaasvind sodat individue en groepe self doeltreffende aksies kan neem om die gesondheidstatus van die gemeenskap te verbeter. Op implementeringsvlak behoort die klem op 'n bepaalde benadering te manifesteer in mediaboodskappe wat toepaslik is vir die behoefte. Daarom sal boodskappe vir die radikaal-politiese benadering besondere uitdagings aan innoverende kreatiwiteit stel, terwyl boodskappe vir die opvoedingsbenadering eerstens ingeligte besluitneming moet fasiliteer.

'n Praktiese voorbeeld kan die wisselwerking tussen twee verskillende benaderings tot gesondheidsopvoeding duideliker illustreer. Die impak van die opvoedingsbenadering kan byvoorbeeld verhoog indien inligting met siektevoorkoming in verband gebring word. Voorkomende VIGS-opvoeding behoort volgens Wellings (1987:146) op ten minste drie vlakke oorweeg te word, na aanleiding van die drie basiese risikogroepe in die samelewing, naamlik:

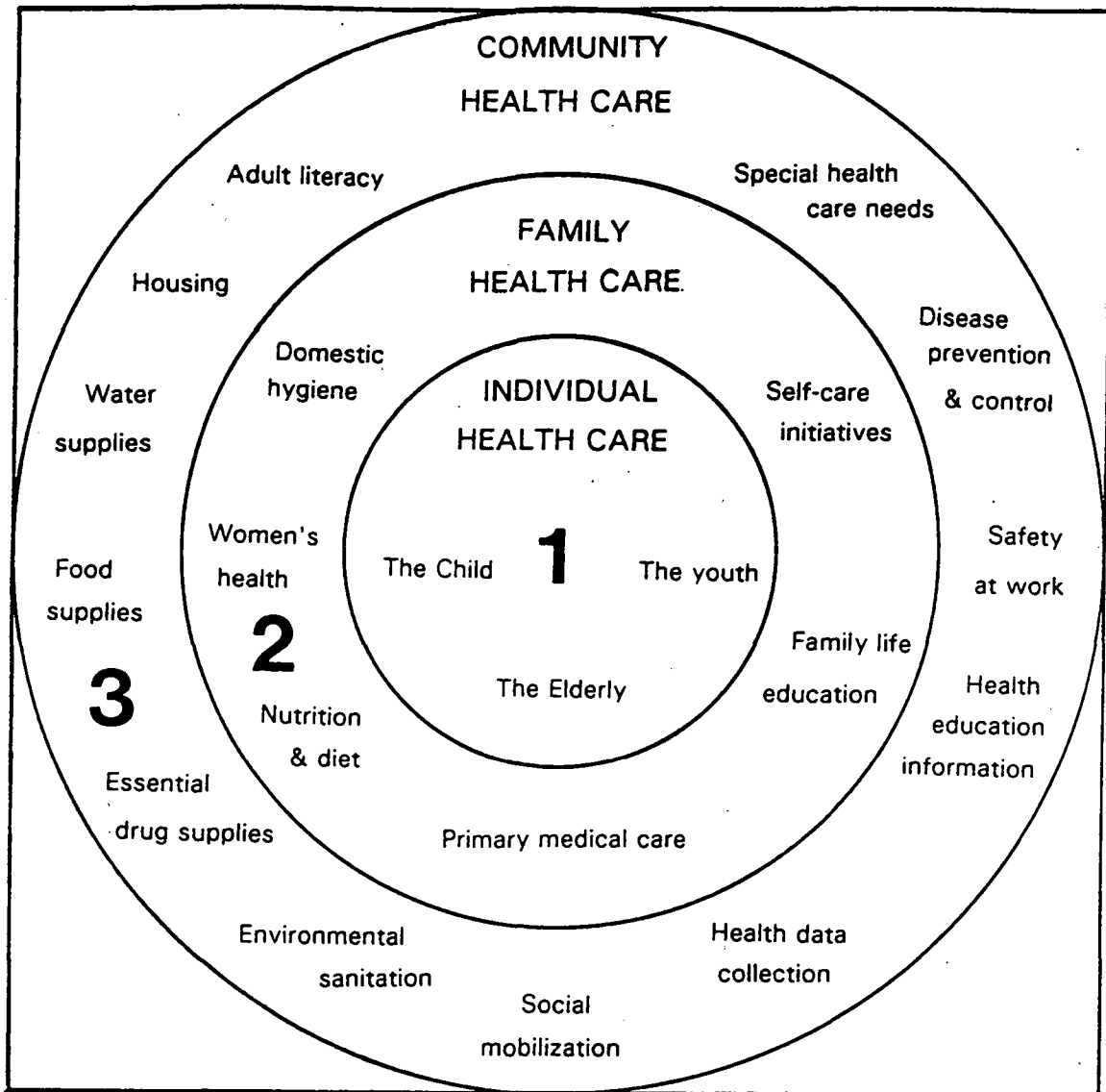
- i) die hoërisikogroep (met "onveilige" seksuele verhoudings);
- ii) die deelnemende party in hoërisikoverhoudings; en
- iii) diegene wat vanweë moontlike eksperimentering met geslagsomgang seksueel-oordraagbare siektes kan opdoen.

In eersgenoemde groep is die taak nie soseer om betrokkenes bewus te maak van die gevare van VIGS nie, maar om sodanige bewustheid te laat neerslag vind in gedrag wat op vermindering van die risiko's gerig is, byvoorbeeld deur die gebruik van kondome in die beoefening van "veiliger seks". Ten opsigte van die tweede vlak sou voorkoming daarop gerig wees om deur intensiewe inligtingsveldtogte en persoonlike advies alle sogenaamde "tweede generasie" ge-afgeleëdes voorligting te gee oor effektiewe aksies om moontlike HIV infeksie te voorkom. In laasgenoemde groep behoort die fokus op algemene bewusmaking van die risiko's verbonde aan onveilige geslagsomgang en die rol van kontraseptiewe metodes gemik te wees, in samehang met die bevordering van 'n persoonlike gesonde lewenstyl (Wellings 1987:146).

2.7 PRIMÊRE TEIKENGROEPE IN GESONDHEIDSOPVOEDING

Aangesien gesondheid en siekte alle mense raak, word gesondheidsopvoeding gesien as 'n komponent van primêre gesondheidsorg wat geen enkele persoon uitsluit nie - vir Watson en Brown (1983:135-136) is gesondheidsopvoeding deesdae "everybody's business". Met die oog op programbeplanning kan die WGO se riglyne vir algemene teikengroepe in primêre gesondheidsorg, soos voorgestel in figuur 2.7 (p.43), as riglyn vir basiese teikengroepe in gesondheidsopvoeding geld. Daarvolgens is die fokus op

Figuur 2.7 Primêre teikengroepe in gesondheidsopvoeding (Monekosso 1991:2).



i) individu, ii) die gesin en iii) die breë gemeenskap. Volgens die diagrammatiese voorstelling is kinders, die jeug en bejaardes die primêre (belangrikste) teikengroep, waarna gesinne en die breë gemeenskap in verdere prioriteitsorde volg. Binne 'n teikengerigte benadering kan 'n verskeidenheid subgroepe as fokus met uiteenlopende behoeftes geïdentifiseer kan word, byvoorbeeld:

- * die moeder en baba;
- * pasiënte met fisiese- en geestesgestremdheid;
- * pasiënte met kroniese- en lewensbedreigende siektes soos VIGS en tuberkulose;
- * dwelmverslaafdes;
- * kinders wat aan onder- en wanvoeding ly;

- * adolessente wat aan dieetsteurnisse ly;
- * gesinslede van VIGS-pasiënte en alkoholiste;
- * slagoffers van kindermolestering; en
- * pasiënte met 'n bepaalde kulturele of etniese agtergrond.

Op grond van onderskeid tussen die behoeftes van verskillende generasies kan onder andere tussen die volgende algemene teikengroepe onderskei word, naamlik:

- * die gesonde en siek kind;
- * die gesonde en siek adolessent;
- * die gesonde en siek volwassene en
- * die gesonde en siek bejaarde (Webb 1994:v).

Verskillende skrywers bou hierop voort deur ander belangrike rolspelers buite die mediese veld as teikengroepe vir gesondheidsopvoeding te identifiseer. Gillies (1998:122-124; Heathcote (1989:172-175) en Gingiss *et al.* (1994:290-295) verduidelik byvoorbeeld die betrokkenheid van onderwysers as belangrike teikengroep, veral met die oog op opvoeding oor seksueel-oordraagbare siektes en lewensvaardighede by kinders en adolessente. Sodanige teikendifferensiasie behoort onder andere te lei tot die seleksie en prioritisering van relevante leerinhoud aan die hand van bepaalde onderwerpe, soos in figuur 2.7 aangetoon. Ten opsigte van die gesin is higiëne, voeding en dieet, vrouegesondheid, primêre gesondheidsorg, die gesinslede en selfmedikasie noodsaaklik. Op gemeenskapsvlak geld onderwerpe soos geletterdheid by volwassenes, omgewingsgesondheid, beroepsveiligheid en siektevoorkoming.

2.8 TOETREEVLAKKE TOT GESONDHEIDSOPVOEDING

Gesondheidsopvoeding is vervleg met die praktyk van gesondheidsorg en kan gevolglik op enige plek waar individue of groepe van gesondheidsorgdienste gebruik maak, plaasvind. Redman (1988:8-9) gee 'n aanduiding hiervan: "During the diagnosis and treatment, the patient and family learn about the disease, the need for care and treatment, and the hospital or clinic environment. During the follow-through phase, they need to understand care at home, including medications and diet, activity, continuing rehabilitation, and prevention of recurrence or complications". Hieruit kan afgelei word dat daar verskillende toetreevlakke tot gesondheidsopvoeding bestaan.

2.8.1 Formele, nie-formele en informele gesondheidsopvoeding

Oor die algemeen kan onderskei word tussen formele, nie-formele en informele vorme van gesondheidsopvoeding. 'n Bekende voorbeeld op formele vlak is gestruktureerde opvoedingsprogramme vir skoliere oor lewensvaardighede, tienerseksualiteit en dwelmmisbruik. Nie-formele programme is gewoonlik op gemeenskapsopvoeding gerig en kan deur gesondheidsowerhede, werkgewers en nie-statutêre organisasies aangebied word. Dit kan plaasvind in enige geskikte situasie waar mense vergader, byvoorbeeld sport- en ontspanningsklubs asook die werksomgewing. In die gesondheidsektor

is hospitale asook klinieke vir beroepsgesondheid, skoolgesondheid en verskillende primêre gesondheidsorgklinieke die ideale plek vir nie-formele gesondheidsopvoeding. Daarenteen, kom informele gesondheidsopvoeding ter sprake wanneer ouers, onderwysers, bure of vriende in situasies soos die ouerhuis, werksomgewing en sosiale vergaderings leiding neem om 'n persoon oor een of ander gesondheidsverwante saak voor te lig (Wetton & Moon 1987:51).

2.8.2 Vlakke van voorkomende gesondheidsopvoeding

'n Belangrike beginsel in primêre gesondheidsorg is siektevoorkoming (vide, h1:13). Die uitgangspunt is dat, enige siekte wat nie genees kan word nie, voorkom moet word. Voorkoming kan op verskillende siektes gemik wees en het verskillende etiese grondslae. Dit kan byvoorbeeld ekonomiese voordele vir beide die individu, werkgevers en 'n land as geheel inhou indien die voorkoms van siektes soos tuberkulose en pokkies ingrypend verlaag of algeheel uitgeskakel word. Daarom tree die rol van voorkomende opvoeding hier sterk na vore, veral in geval van siektes wat met gesondheidsgedrag en lewenstyl verband hou (Calman & Downie 1997:395).

Binne die benadering van voorkomende gesondheidsorg kan onderskei word tussen vier moontlike toetreevlakke vir gesondheidsopvoeding, naamlik:

i) Opvoeding op primordiale vlak.

Hierdie vlak van siektevoorkoming is die nuutste toevoeging tot die drie wat volg. Die doel van primordiale voorkoming is om 'n lewenstyl wat gesondheidsrisiko's inhou, te voorkom of uit te skakel, met inagneming van die sosiale, ekonomiese en kultuurfaktore soos lewenswaardes wat tot sekere siektes aanleiding gee. Voorbeelde waar opvoeding op hierdie vlak nodig is, is in die geval van lewenstyl met betrekking tot rookverwante siektes, TB, wanvoeding, kardiovaskulêre siektes, verskillende aansteeklike siektes en seksueel-oordraagbare siektes soos VIGS.

ii) Opvoeding op primêre vlak.

Primêre voorkoming fokus op die voorkoming van siektes voordat die simptome daarvan manifesteer, deur die oorsake en risikofaktore van siektes te verminder. Dit kan op beide spesifieke risikogroepe of the gemeenskap as geheel gerig wees. In hierdie geval is opvoeding daarop gerig om mense in te lig oor gepaste aksies ter voorkoming van sekere siektes, byvoorbeeld die immunisasie van baba's teen pokkies, die gebruik van kontrasepsiemetodes om onbeplande swangerskap te voorkom, die gebruik van kondome om die oordrag van die HI-virus te voorkom en gebalanseerde dieet om onder- asook wanvoeding by kinders te voorkom.

iii) Opvoeding op sekondêre vlak.

Op sekondêre vlak is die doel van voorkomende opvoeding om gesondheidsrisiko's vroegtydig te identifiseer, uit te skakel of die effek daarvan te versag.

Dominante aksies op hierdie vlak is diagnosties en kuratief van aard. Verder word openbare en individuele pasiëntopvoeding oor aspekte soos die korrekte hantering van kroniese siektes en hoë bloeddruk hierby ingesluit.

iii) Opvoeding op tersiêre vlak.

Voorkomende opvoeding op tersiêre vlak fokus op die beperking, verligting en rehabilitasie van gestremdheid, byvoorbeeld voorligting aan 'n parapleeg oor die korrekte gebruik van 'n rolstoel (Beaglehole et al. 1990:77-84).

Uit bogenoemde verduideliking blyk dit dat opvoeding op al die vier vlakke van voorkoming ter sprake kom. Aspekte wat direk op gesondheidsgedrag en lewenstyl gerig is, is egter in geval van die primordiale vlak en primêre vlak belangrik.

2.9 DIE SPANBENADERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING

'n Ander belangrike fundamentele beginsel is die spanbenadering. Die wanopvatting dat gesondheidsopvoeding op 'n gespesialiseerde "eenmanvertoning" neerkom, kom algemeen voor (Greene & Simons-Morton 1984:30). Vanweë die multidissiplinêre aard van gesondheidsopvoeding (vide, h1:5) behoort die spanbenadering (soos algemeen bekend in pasiëntsorg) ook in gesondheidsopvoeding nagevolg te word. Sodoende word die kennis en ervaring van 'n wye verskeidenheid rolspelers en spesialiste kollektief benut. 'n Multidissiplinêre spanbenadering kan volgens Greene en Simons-Morton (1984:41-42) die relevansie, doeltreffendheid en aanvaarbaarheid van programme vir gesondheidsopvoeding te verhoog. Hierdie standpunt word ook deur Seager en Cerff (1992:9) en die nuwe nasionale plan vir gesondheidsorg in Suid-Afrika (ANC 1994:21-24) onderskryf.

Skrywers soos Killip et al. (1987:440) asook Nyandindi en Palinpalokas (1994:176) beklemtoon dat onderwysers 'n sleutelrol in die spanbenadering tot gesondheidsopvoeding vervul. Navorsing toon dat 'n gesonde lewenstyl by kinders effektief bevorder word deur die deurlopende betrokkenheid van onderwysers, ouers, lede van die professionele gesondheidspan en mediaspesialiste in programme vir gesondheidsopvoeding (Pentz 1986:385-388). Hubley (1994:15) identifiseer ook verskillende sleutel rolspelers soos gesondheidsowerhede, skole, media-organisasies, kerke, gemeenskapsorganisasies, werkgewers, politici, selfhelpgroepe en mediese versekeringskemas.

Die onontbeerlike rol wat die verskillende gesondheidsprofessies (byvoorbeeld algemene praktisyns, verpleegkundiges, dieetkundiges, fisio- en arbeidsterapeute) in gesondheidsopvoeding vervul, kan nie oorbeklemtoon word nie. Mason en Fitch (1991:204) noem byvoorbeeld die huisarts se sleutelrol in voorligting aan pasiënte oor gesonde lewenstyl. Daar is egter ook verskeie ander professies wat gespesialiseerde bydraes in hierdie verband behoort te lewer, byvoorbeeld kommunikasiekundiges, onderwysers, sosioloë en maatskaplike werkers. Die wesenlike probleem is dat die meeste mediese professies weinig, indien enige, formele opleiding in kommunikasie-

strategieë en didaktiese metodes het. Daarenteen het gekwalifiseerde kommunikasiekundiges en onderwysers wel hierdie nodige kennis en vaardighede, maar hulle skiet tekort aan beide kennis oor gespesialiseerde mediese onderwerpe asook die beginsels van doeltreffende gesondheidsbevordering.

Die belangrike rol van die skool as onderwysinstelling in die voorsiening van programme vir gesondheidsopvoeding word wêreldwyd al hoe meer beklemtoon (Nutbeam *et al.* 1987:109-115; Killip *et al.* 1987:437-443; Allensworth 1993:14-15). Oor die rol van onderwysinstellings in gemeenskapsgesondheidsopvoeding stel Williams (1996:10) die standpunt: "Our first challenge is to effectively address the issues of health in the school environment in a way that impacts not only the school, but the larger community as well". In navolging van ander lande se voorbeeld is daar 'n nasionale konferensie oor die rol van skole in gesondheidsopvoeding gedurende 1996 in Suid-Afrika, met die sentrale tema van *Health promoting schools in South Africa: Challenges for the 21st century*, aangebied. Tydens die openingsrede het die direkteur van gesondheid die noodsaaklike rol van die skool soos volg beklemtoon: "Our youth today are engaged in very destructive behaviours ... We all should join hands to improve the quality of life of our youth, whether in school or out of school" (Shisana 1996:25-26). Die skole se onontbeerlike bydrae in openbare gesondheidsbevordering behoort dus nie onderskat te word nie.

In die Verenigde State van Amerika bestaan uitstekende voorbeelde van sentra vir gesondheidsbevordering en gesondheidsopvoeding binne skoolverband, asook gemeenskapsentra vir gesondheidsorg waar skole 'n belangrike ondersteunende rol vervul. Die staat Kentucky het byvoorbeeld spesiale gemeenskapsentra wat primêre gesondheidsorgdienste aan die plaaslike jeug en gesinne voorsien. Sosio-kulturele sensitiwiteit en die ontwikkeling van kinders se leer- asook sosiale vaardighede geniet hoë prioriteit aan hierdie sentra (Olasov & Petrillo 1994:59-61).

Daar is ook konsensus dat die onderwyser en ander opvoedkundiges deurlopend in spanverband betrokke moet wees in die beplanning en aanbieding van gesondheidsopvoedingprogramme (Hughes 1988:130-132; French 1990:7). Opvoedkundige insette word op verskillende stadia van programontwikkeling vereis, byvoorbeeld in die seleksie van toepaslike onderrigstrategieë, formulering van onderrigdoelwitte, identifisering en keuse van hulpbronne soos kommunikasiemedie, asook in opvoedkundige evaluering (Bylae 2A, p.51).

Benewens onderwysinstellings het ouers van skoolgaande kinders ook 'n belangrike bydrae te lewer, want alle opvoeding met inbegrip van opvoeding oor 'n gesonde lewenswyse begin eerstens by die ouerhuis (Coombes & Craft 1987:112; Gillies 1988:123; Arterburn & Burns 1995:175-188). Ouerbetrokkenheid in hierdie situasie hou spesifieke voordele in soos i) die bevordering van 'n konsekwente opvoedingsbenadering op alle vlakke, ii) die bevordering van kinders en die familie se higiëne, ii) groter relevansie van programinhoud, en iii) die bevordering van die vertrouensver-

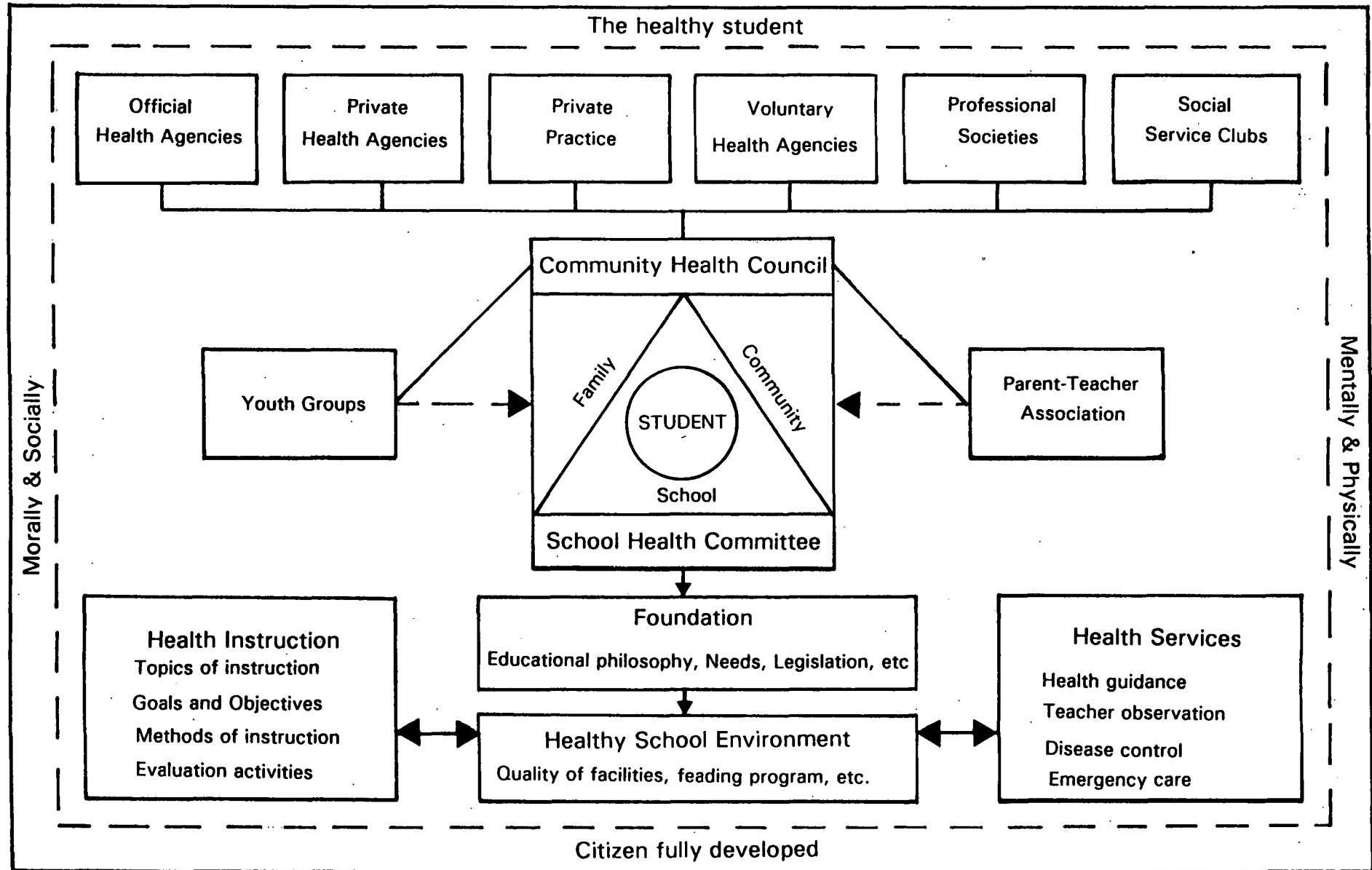
houding tussen ouers en onderwysers. Ouers kan selfs as fasiliteerders in program-aanbieding benut word (Coombs & Craft 1987:105-106; Allensworth 1993:14-15).

Ten einde die belangrikheid van 'n multidissiplinêre spanpoging deur betrokkenheid van verskillende belangegroepe en instellings te beklemtoon, word laastens gewys op Killip (1987:438) se model vir 'n omvattende skoolgesondheidsprogram (figuur 2.8, p.49). Daarvolgens behoort gesondheidsopvoeding op skoolvlak 'n gesonde leerling en volwaardige verantwoordelike landsburger met bepaalde morele, sosiale, fisiese en geesteseienskappe ten doel te stel. Die betrokke voorstelling toon aan dat die skool, ouer- en onderwyserverenigings, jeugorganisasies, asook verskillende gesondheidsinstelling en -professies in openbare gesondheidsopvoeding betrek word.

Die spanbenadering is eweneens 'n belangrike vereiste in boodskapontwerp en media-produksie vir gesondheidsopvoeding. Verskillende skrywers (Redman 1988:188; Hugo 1989:186-191; Dowling 1991:4-6) benadruk dat die ontwerp en produksie van programmatuur vir gesondheidsopvoeding en mediese onderwys volgens 'n multi-dissiplinêre spanbenadering moet geskied. Dit blyk dat daar verskeie rolspelers op die terrein van mediagebruik en kommunikasie is, wat gespesialiseerde insette in toepaslike boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding kan lewer, byvoorbeeld die advertensiewese, kommunikasiekundiges, mediaprodusente en biomediese kommunikasiekundiges (mediakundiges op mediese kommunikasiegebied). Volgens Stuyck (1990:73) het openbare gesondheidsowerhede dikwels onrealistiese verwagtinge oor die (sentrale) beheer van kommunikasiemedie en inligtingontsluiting op gesondheidsgebied. Gesondheidsowerhede oorskat dikwels ook die mate van institusionele beheer oor die ontwerpformaat en inhoud van gesondheidsboodskappe vir openbare gesondheidsopvoeding aan verskillende teikengroepe. Die belangrike bydrae van ander rolspelers soos mediakundiges, kommunikasiekundiges en opvoedkundiges behoort dus nie geïgnoreer te word nie.

Die praktyk laat soms veel te wense oor, veral in ontwikkelende lande waar kundiges op die gebied van onderwysmediaproduksies oor die algemeen beperk is. Baggaley (1989:101) skryf die ontoepaslikheid van die eerste VIGS-reklameflits op Suid-Afrikaanse televisie in die tagtigerjare juis aan 'n eenmanvertoning (deur die advertensiewese), sonder voldoende insette deur opvoedkundiges, toe. Die boodskap dring egter deur dat vernuwende benaderings ten opsigte van 'n spanbenadering in mediaproduksies vir gesondheidsopvoeding voordele vir verskillende rolspelers inhou. Bonati (1997:11) rapporteer soos volg in hierdie verband dat die deelname van kinders in die ontwerp en produksie van radioprogramme vir gesondheidsopvoeding in Mosambiek op verskeie vlakke voordelig was, want: "...this was a very worthwhile project which improved the skills of the broadcasters, improved the quality of the children's programmes in all the provinces involved, increased the amount of health information on the radio, allowed the children to participate in the production of the

Figuur 2.8 Verskillende rolspelers by gesondheidsopvoeding op skoolvlak (Killip 1987: 438).



programmes and allowed the broadcasters to learn what the children really wanted". Hierdie voorbeeld illustreer dat die betrokkenheid en deelname van teikengroepverteenwoordigers uiteindelik die toepaslikheid van mediaboodskappe vir gesondheidsopvoeding kan verhoog, afgesien van ander voordele wat so 'n benadering bied.

2.10 SAMEVATTING

Gesondheidsopvoeding vereis 'n holistiese benadering, omdat dit nie los staan van die breë begrip gesondheidsbevordering nie. Aksies vir gesondheidsopvoeding word gerugsteun deur verskillende filosofiese benaderings, wat gekombineer kan word om verskillende behoeftes te vervul. Terselfdertyd bring die verskillende benaderings mee dat mediaboodskappe telkens volgens die spesifieke behoefte ingeklee moet word om die toepaslikheid te verhoog.

Uit 'n implementeringsoogpunt is verskillende toetreevlakke geïdentifiseer, wat onderskeid tref tussen formele, nie-formele en informele gesondheidsopvoeding, asook primêre, sekondêre en tersiêre voorkomende opvoeding. Die drie primêre teikengroepe in gesondheidsopvoeding is die breë gemeenskap, gesinne en individue. Hiermee gepaardgaande kan gesondheidsopvoedingprogramme slegs slaag indien 'n multidissiplinêre spanbenadering gevolg word, waarin die verskillende gesondheidsprofessies asook opvoedkundiges, onderwysers en ouers deurlopend betrokke moet wees. Verder is tussen die diensetos en bemagtigingsetos in gesondheidsbevordering onderskei. Daarvolgens sou instellings in 'n mindere of meerdere mate klem lê op die tegniese aspekte van gesondheidsopvoeding, enersyds, en ontwikkeling van nodige kundigheid asook vaardighede, andersyds.

Ter voortsetting van die fundamentele grondslae wat hier gestel is, ondersoek die volgende hoofstuk sekere didaktiese vertrekpunte vir gesondheidsopvoedingpraktyk.

Bylae 2A Belangrike rolspelers by gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika

Stage	Key roleplayers				
	MRC	HA	HSRC	ED	NGO
1. ASSESSMENT					
Identific. of a health problem.	+++	++	-	-	+/-
Identific. of possible solutions.	++	++	+	+	+
Situation analysis:					
Health status.	+++	+++	-	-	+/-
Knowledge, skills, attitudes	++	+	+++	-	+/-
Goals:					
Appropriate outcomes.	+++	+++	++	+	+
Identific. of risk groups.	+++	++	+	-	-
Identification of resources.	+	+++	++	+++	++
2. PROGRAMME DEVELOPMENT					
Client characteristics.	+	+	+++	+	+
Communication strategies.	++	+	+++	+	+
Content selection.	++	++	++	+	+
Training of health educators.	-	+	+	++	+++
Motivation of target audience.	+	++	+++	+	+++
Social support & empowerment.	+	+++	+++	++	++
Define outcomes & results.	++	++	++	+	+
3. EVALUATION					
Test prototype programme.	+	+	+	+	+
Monitor process.	++	++	++	+	+
Measure outcomes & results.	+++	++	++	+	+
Revise, retrain & retest.	+++	+++	+++	++	++
4. IMPLEMENTATION					
Feedback to community & beneficiar.	+	+++	+++	++	+++
Negotiate with community.	+	++	++	+	+++
Fund raising.	-	+++	-	+	+++
Resource allocation.	-	+++	-	++	++
Implement programme.	+	+++	+	++	++
Review programme regularly.	+	+++	+	+	++

MRC = Medical Research Council; HA = Health authorities; HSRC = Human Sciences Research Council; ED = Educational departments; NGO = Non-government organizations.

+++ = Involvement most important

++ = Involvement important

+ = Involvement preferable

+/- = Involvement sometimes valuable

(Westaway et al. 1991:6)

Hoofstuk 3

**DIDAKTIESE VERTREKPUNTE VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN
GESONDHEIDSOPVOEDINGPRAKTYK**

3.1	INLEIDING	52
3.2	RIGLYNE VIR DOELTREFFENDE ONDERRIG IN GESONDHEIDS- OPVOEDING	52
3.2.1	Beplanning	53
3.2.2	Doelstellings	53
3.2.3	Motivering	54
3.2.4	Individualisering	54
3.2.5	Belewing	54
3.2.6	Sosialisering	55
3.2.7	Selfwerksaamheid	55
3.2.8	Geheelsiening	56
3.2.9	Bemeestering	56
3.2.10	Evaluering	56
3.3.	IMPLIKASIES VAN ONDERRIG-RIGLYNE VIR BOODSKAP- TOEPASLIKHEID	56
3.4	KOMPONENTE VAN SISTEMATIESE PROGRAMBEPLANNING	57
3.4.1	Doelstellings	60
3.4.2	Leerinhoude	61
3.4.3	Onderwysmetodes	63
3.4.4	Media-integrering	65
3.4.5	Evaluering	73
3.5	SAMEVATTING	74

Hoofstuk 3

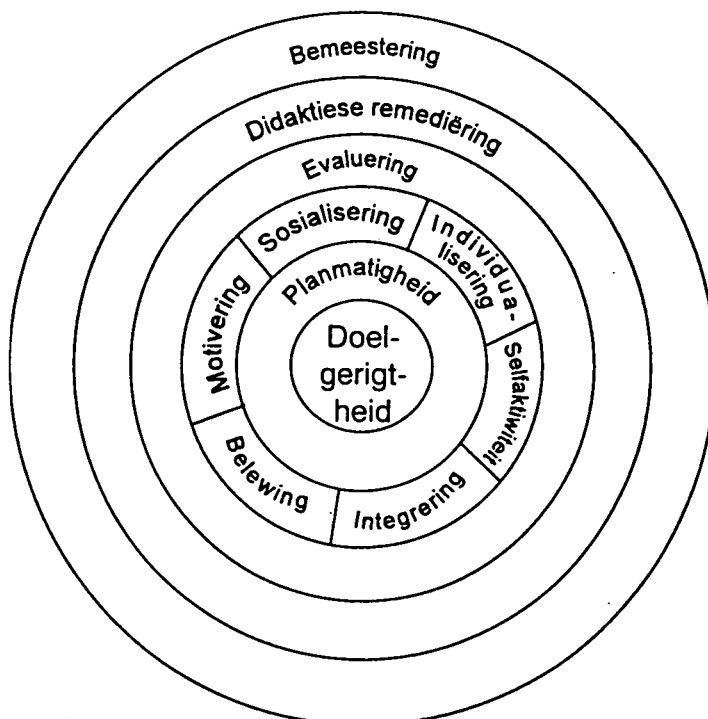
**DIDAKTIESE VERTREK PUNTE VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN
GESONDHEIDSOPVOEDINGPRAKTYK****3.1 INLEIDING**

Opvoedkundige beginsels maak 'n belangrike deel van die teoretiese onderbou vir gesondheidsopvoeding uit. Die doeltreffendheid van gesondheidsopvoeding kan onder andere verbeter deur die toepassing van universele riglyne vir doeltreffende onderrig en 'n groter klem op leeruitkomste (Redman 1988:99-118; Tones *et al.* 1993:126). Volgens Livingston (1993:195) kan die bekende didaktiese vraagstelling soos *Hoe kan bepaal word of suksesvolle onderrig en leer plaasgevind het?* toegepas te word om die kwaliteit van gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande te verbeter. Hierdie hoofstuk fokus gevolglik op sekere didaktiese aspekte. Sodoende word 'n raamwerk vir media-integrering en boodskaptoepaslikheid gevestig.

3.2 RIGLYNE VIR DOELTREFFENDE ONDERRIG IN GESONDHEIDSOPVOEDING

In die didaktiek word ten minste tien universele riglyne gestel wat die onderrigleersituasie positief of negatief kan beïnvloed. Cawood, Muller & Swartz (1982:15) noem in dié verband die belangrikheid van beplanning, doelstelling, motivering, individualisering, sosialisering, beleving, selfwerksaamheid, geheelsiening, bemeestering en evaluering. Hierdie riglyne word ingesluit in Avenant (1985:57) se grafiese voorstelling wat 'n onderlinge samehang tussen die onderskeie riglyne aantoon (figuur 3.1). Daarvol-

Figuur 3.1 Basiese riglyne vir doeltreffende onderrig (Avenant 1988:57)



gens word doeltreffende onderrigleergebeure eerstens deur die mate van doelgerigtheid en gepaardgaande beplanning bepaal. Sodanige beplanning is daarop gerig om leerervarings te skep wat deur motivering, beleving, sosialisering, individualisering en selfwerkzaamheid gekenmerk word. Verder behoort alle aspekte van 'n program geïntegreer te word om 'n betekenisvolle geheel te vorm. Uiteindelik is die bemeestering van leerstof 'n belangrike aanduiding van leer wat plaasgevind het. Daarom moet die mate van leerstofbemeestering en leerruitkomst geëvalueer word. Die betrokke model stel ook dat remediërende aksies noodsaaklik is om die leerprestasie van spesifieke leerders met inagneming van persoonlike remmende faktore te verbeter.

Aangesien die toepassing van die betrokke riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding nie eksplisiet in die literatuur behandel word nie, volg 'n bondige bespreking in dié verband. Vanweë die bekendheid van die betrokke riglyne in die didaktiek, word die betekenis van elk nie volledig verduidelik nie.

3.2.1 Beplanning

Noukeurige weldeurdagte beplanning is 'n relatief nuwe verskynsel in gesondheidsopvoeding. Die primêre rede hiervoor lê in die unieke aard van kliniese intervensies wat dikwels daarop gemik is om gesondheidsbedreigende toestande of simptome so gou as moontlik te verminder of uit die weg te ruim wanneer dit presenteer. In sommige kliniese situasies is omvattende voorafbeplanning dus onprakties, omdat die gebrek aan onmiddellike aksie tot lewensverlies kan lei (Ritchie 1994:147).

Alhoewel die gesondheid van individue wel bevorder kan word sonder opvoeding wat deur wetenskaplike beplanning vooraf gegaan is, is daar 'n toenemende besef dat wetenskaplike beplanning, veral in geval van formele onderrigprogramme en massamediaveldtogte, die kwaliteit en impak van gesondheidsopvoeding kan verhoog (Tannahill 1990:194-198). Die noodsaaklikheid van beplanning word benadruk in Tones (1993:128) se omskrywing van gesondheidsopvoeding as "...any planned attempt to promote health- or illness-related learning". Vir Greene en Simons-Morton (1984:32) is programmebeplanning een van die vyf basiese take wat gesondheidsvoorligters ("health educators") moet vervul. Beplanning is ook 'n voorvereiste vir die ontwerp van toepaslike programmatuur vir gesondheidsopvoeding (Charlton 1986:333; Dowling 1991:iii; Hubley 1994:165).

3.2.2 Doelstellings

Verskillende definisies van gesondheidsopvoeding gee aanduiding dat duidelike doelstellings onontbeerlik is. Volgens Simonds (aangehaal deur Greene en Simons-Morton, 1984:29) is gesondheidsopvoeding gerig op die verbetering van 'n bevolking se gesondheid en die vermindering van voorkombare siekte, gestremdheid en sterftes. Rice (1987:181-182) verwys na die bekende algemene doelstelling van "knowing, feeling, doing" in gesondheidsopvoeding, wat onderskeidelik dui op i) relevante ken-

nis; ii) emosies, houdings en waardes, met inbegrip van selfbeeld, asook iii) 'n verskeidenheid lewensvaardighede.

3.2.3 Motivering

Motivering is 'n deurslaggewende faktor in die verandering van gesondheidsgedrag, byvoorbeeld ten opsigte van alkohol- en dwelmmisbruik by tieners (Tones 1986:223-229; Wright *et al.* 1989:65-68). Wellings (1988:60) gee ook 'n sprekende voorbeeld wanneer sy beklemtoon dat aksies ter voorkoming van VIGS eerstens op motivering van die publiek tot verandering van risikogedrag, afgesien van inligting oor die gevare van VIGS, onbeplande swangerskap asook ander seksueel-oordraagbare siektes gerig moet wees.

3.2.4 Individualisering

In die onderrig-leersituasie vereis individualisering leerderdifferensiasie weens die bepalende invloed van verskille in leerders se geslag, ouderdom, taal, lewenservaring, sosio-ekonomiese agtergrond, kultuur en geletterdheidsvlak. In gesondheidsopvoeding tree individualisering in programme wat uitsluitlik op die behoeftes van duidelike gedefinieerde teikengroepe soos pasiënte met diabetes mellitis, tieners wat rook en verwagte moeders wat alkohol gebruik fokus. Die seleksie van relevante program-inhoude en akkommodering van taal- asook ander kultuurverskille in die aanbieding van mediaboodskappe vir gesondheidsopvoeding aan spesifieke etniese groepe kan na die riglyn van individualisering terug gevoer word (Hicks *et al.* 1988:15-17; Bhopal & Donaldson 1988:137-140).

3.2.5 Belewing

Belewing verwys na die verband tussen self-ondervinding en leer, asook die belangrikheid om die leerervaring 'n stimulerende belewenis te maak. Hierbenewens lê belewing ook klem op die belangrikheid van kontekstualisering, dit wil sê, om leerstof op die onmiddellike ervaringswêreld van die leerder te baseer. Greene en Simons-Morton (1984:189) benadruk dat gesondheidsopvoeding besondere geleenthede vir belewing bied want, "...once they (patients) have 'bought' the concept through observation, they will often be ready to learn about other aspects of a healthy lifestyle by means of reading, listening and other less direct means of instruction". Ervaring-gerigte onderrigmetodes soos rolspel, gemeenskapsteater en opvoedkundige spele raak toenemend gewild in gesondheidsopvoeding, beide op skoolvlak en in die gemeenskap (Redman 1988:134; Hubley 1994:76-78).

3.2.6 Sosialisering

Sosialisering vereis die erkenning dat enige leersituasie 'n sosiale karakter het, in dié sin dat leerders binne groepverband kan leer. In gesondheidsopvoeding tree die besondere rol en waarde van sosialisering onder andere in die Sosiale Leerteorie na vore (Redman 1988:90-91). Daarvolgens kan bepaalde situasies waarin mense verkeer, 'n stimulerende invloed op die selfregulerende gesondheidsgedrag van individue in die betrokke situasie uitoefen. Skrywers soos Chamberlain (1986:37-41) en Rice (1987:178-179) noem tieners se behoefte aan geleenthede om in groepverband oor verskillende gesondheidsake te gesels (in plaas van passief na formele lesings te luister) in 'n omgewing waar hulle veilig voel om persoonlike opinies uit te spreek.

3.2.7 Selfwerkzaamheid

Selfwerkzaamheid lê klem op die noodsaaklikheid om self-inisiërend, self-skeppend en self-doenend te leer. Self-inisiatief is ook 'n belangrike beginsel in primêre gesondheidsorg, omdat individue groter self-verantwoordelikheid vir die handhawing van persoonlike gesondheid moet aanvaar. Selfsorg is die oudste en in alle samelewings die algemeenste vorm van gesondheidsorg (Dean 1983:20-31; Van Rensburg *et al.* 1992:343).

In die praktyk omvat selfsorg 'n veelheid van selfdeterminerende en selfgeïnisieerde handeling deur individue om hul gesondheid te bewaar en te bevorder, asook siektes te voorkom. Dit sluit byvoorbeeld self-diagnose, self-behandeling, met of sonder medikasie, en self-konsultasie van mediese praktisyns in (Redman 1988:8; McLean & Pietroni 1996:88-95). Ferreira (1987:142) het bevind dat ag-en-tagtig persent van 'n groep kleurlingrespondente in Suid-Afrika (65 jaar en ouer) van verskillende boererate gebruik maak om hul siektes te behandel. *Alkoholiste Anoniem, Childline, Toughlove*, asook die *Planned Parenthood Association* en die *Progressive Primary Health Care Network* is voorbeelde van ondersteuningsgroepe en organisasies in die nie-regeringsektor wat uit selfdeterminering en selfinisiatief ontstaan het. Hierdie groepe en organisasies vervul bepaalde funksies ten opsigte van gesondheidsopvoeding en -voorligting oor een of ander gesondheidsvraagstuk in die gemeenskap (Lawrence 1988:384; Hubley 1994:11-19).

Dit blyk dat selfinisiatief ook in besonder by gesondheidsopvoeding geld. Levin (1989:155) praat in dié verband van selfsorgopvoeding ("self-care education") met die oog op ontwikkeling van spesifieke lewensvaardighede vir die hantering van gesondheidsprobleme. In die toepassing van selfsorg is beide pasiënte en individuele lede van die publiek dikwels van verskillende tegnologiese apparaat afhanklik. Redman (1988:299) verwys in dié verband na selfsorg as "...a philosophic position aimed at giving individuals more tools to manage their health". Ten opsigte van mediagebruik manifesteer selfdoen gevolglik in verskillende vorme van mediagesteunde leerbronne,

byvoorbeeld gedrukte "self-help manuals" (Robinson 1983:11-19; Redman 1988:169-170; Madhok et al. 1992:23-28).

3.2.8 Geheelsiening

Geheelsiening vereis die skep van 'n geheelbeeld om sin te gee aan spesifieke leerstof of ervarings en die relevansie daarvan vir die leerder te verhoog. By toepassing vorm gesondheidsopvoeding 'n integrale deel van die wyer begrip gesondheidsbevordering, soos tevore verduidelik (vide, h 2:30). Met die fokus op inhoude vir gesondheidsopvoeding word geheelsiening beklemtoon in die aanbeveling dat onderwerpe soos dwelmmisbruik en seksualiteit binne die wyer konteks van lewensvaardighede op skoolvlak aangebied word, eerder as geïsoleerde losstaande tema's (Tones 1986:223-229; Wise 1987:196-197).

3.2.9 Bemeestering

By gesondheidsopvoeding figureer bemeestering in die toepassing van kennis en verwerving van toepaslike vaardighede om lewensprobleme, byvoorbeeld uit tieners, terminale pasiënte, diabeete of pensionarisse se daaglikse ervaring. Ter voorbeeld beskryf Wetton (1986:29) sy waarneming van skoolkinders se ervaring tydens gesondheidsvoorligting soos volg: "Starting from their own perceptions they have begun *to see inconsistencies in their thinking* and are motivated *to discover the facts for themselves*. ... Nothing they have said, drawn, painted or played has been dismissed as wrong. Their health education has come as much from within as from their teachers and the materials" (kursivering, JH). Hieruit kan ook afgelei word dat bemeestering ten nouste saamhang met motivering; selfwerkzaamheid, belewing en motivering.

3.2.10 Evaluering

Evaluering is een van die belangrikste vereistes vir doeltreffende onderrig, aangesien evaluering die meganisme bied om die relatiewe sukses van verskillende 'n program-aspekte, asook die leeruitkomste te bepaal. Dit blyk dat 'n nuwe bewustheid oor die waardevolle rol van beide formatiewe evaluering en produkevaluering in gesondheidsopvoeding oor die afgelope dekade ingetree het (Coombs & Craft 1987:87-93; Tones et al. 1991:73-74; Eadie & Davis 1992:90-93; Springett & Dugdill 1995:88-98). Daar word in 'n latere spesifiek aandag gegee aan formatiewe evaluering van boodskappe vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende samelewing.

3.3 IMPLIKASIES VAN ONDERRIG-RIGLYNE VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID

Aangesien bogenoemde riglyne vir onderrig-leergebeure as geheel geld, behoort dié riglyne moontlike implikasies vir mediagebruik en spesifiek boodskaptoepaslikheid in te

hou. Ten minste die volgende implikasies kan uit die voorafgaande bespreking afgelei word, naamlik dat toepaslike boodskappe in gesondheidsopvoeding:

- * nie die gevolg van opportunisme is nie, maar deeglike beplanning vereis, met inagneming van die eiesoortige doelstellings, strategieë en metodes van gesondheidsopvoeding;
- * op kennis, houdingverandering, gedragsverandering en die verwerwing van spesifieke vaardighede gerig behoort te wees;
- * 'n positiewe motiveringsrol in die vrywillige veranderinge van gesondheidsbedreigende gedrag behoort te hê, terwyl ontoepaslike boodskappe motivering kan verminder;
- * aangepas te word by die eiesoortige behoeftes, agtergrond en vermoëns van verskillende teikengroepe;
- * gesprek en sosialisering met die klem op groepsdeelname behoort te bevorder;
- * self-inisiatief en self-besluitneming vir die bevordering van persoonlike gesondheid behoort te fasiliteer;
- * die dinamika van gesondheidsopvoeding deur voorsiening van stimulerende belewenes en leerervaring behoort te verhoog;
- * die verskeidenheid van hedendaagse gesondheidsprobleme aan risikogroepe voor te hou, maar terselfdertyd die verband tussen deel en geheel te behou;
- * nie uitsluitlik op kennisvermeerdering gerig behoort te wees nie, maar die beheersing van bepaalde vaardighede soos ingeligte besluitneming te bevorder; en
- * onderskei behoort te kan word van ontoepaslike boodskappe op grond van geskikte evalueringsresultate.

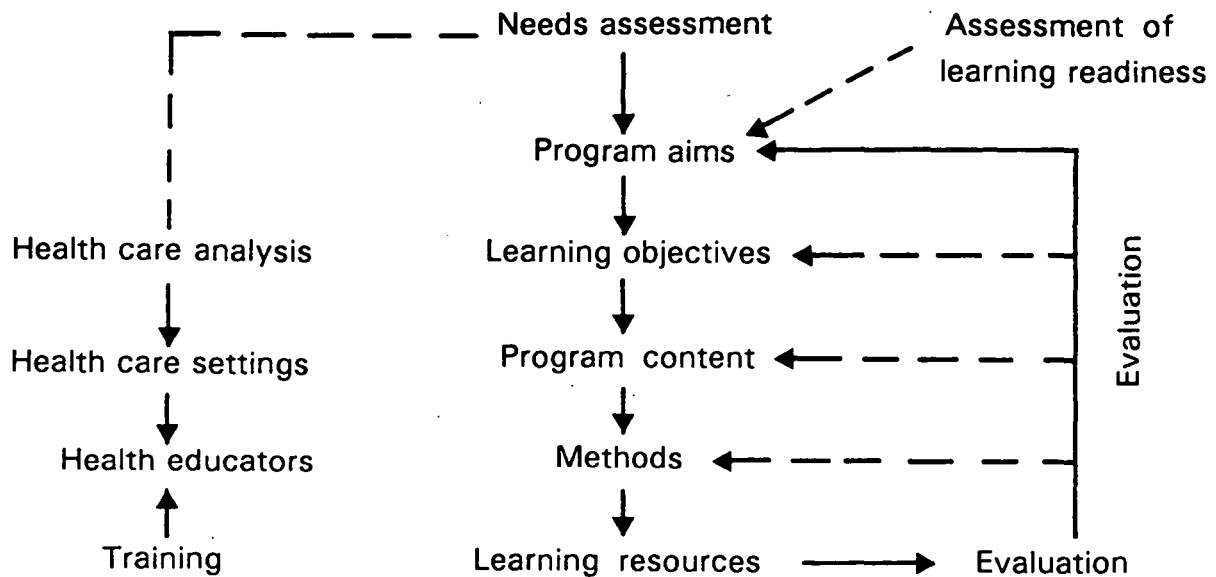
Vervolgens verskuif die aandag na 'n ander faset van didaktiese denke, naamlik die komponente van sistematiese programbeplanning waarin media-integrering ter sprake kom.

3.4 KOMPONENTE VAN SISTEMATIESE PROGRAMBEPLANNING

Die sisteembenadering is 'n belangrike riglyn en praktiese meganisme vir doeltreffende onderrig. Die sisteembenadering maak dit moontlik om bepaalde komponente van 'n sisteem te identifiseer en te reguleer om die bereiking van sekere doelwitte te verseker (Bentley 1985:181-184). Hierdie benadering beskou die werklikheid as 'n geïntegreerde geheel wat uit verskillende bydraende elemente of subsisteme saamgestel is. Die verskillende elemente staan in 'n bepaalde verhouding tot mekaar, net soos die verskillende organe van die menslike liggaam elk 'n eiesoortige funksie vervul, maar terselfdertyd vir totale doeltreffende funksionering van mekaar afhanklik is. In die onderwys hang die integrering van media by die geheel van onderrigleergebeure ten nouste met die sisteembenadering saam (Marais et al. 1983:87-97). Later word hieraan meer aandag gegee.

Die literatuur bied verskillende voorbeelde van die sisteembenadering in gesondheidsopvoeding. Figuur 3.2 toon sewe basiese sisteemkomponente vir die beplanning van 'n gesondheidsopvoedingprogram, naamlik: behoeftebepaling, programdoelstelling, formulering van leerdoelwitte, programinhoud, aanbiedingsmetodes, leerbronne en evaluering (Tones *et al.* (1991:126).

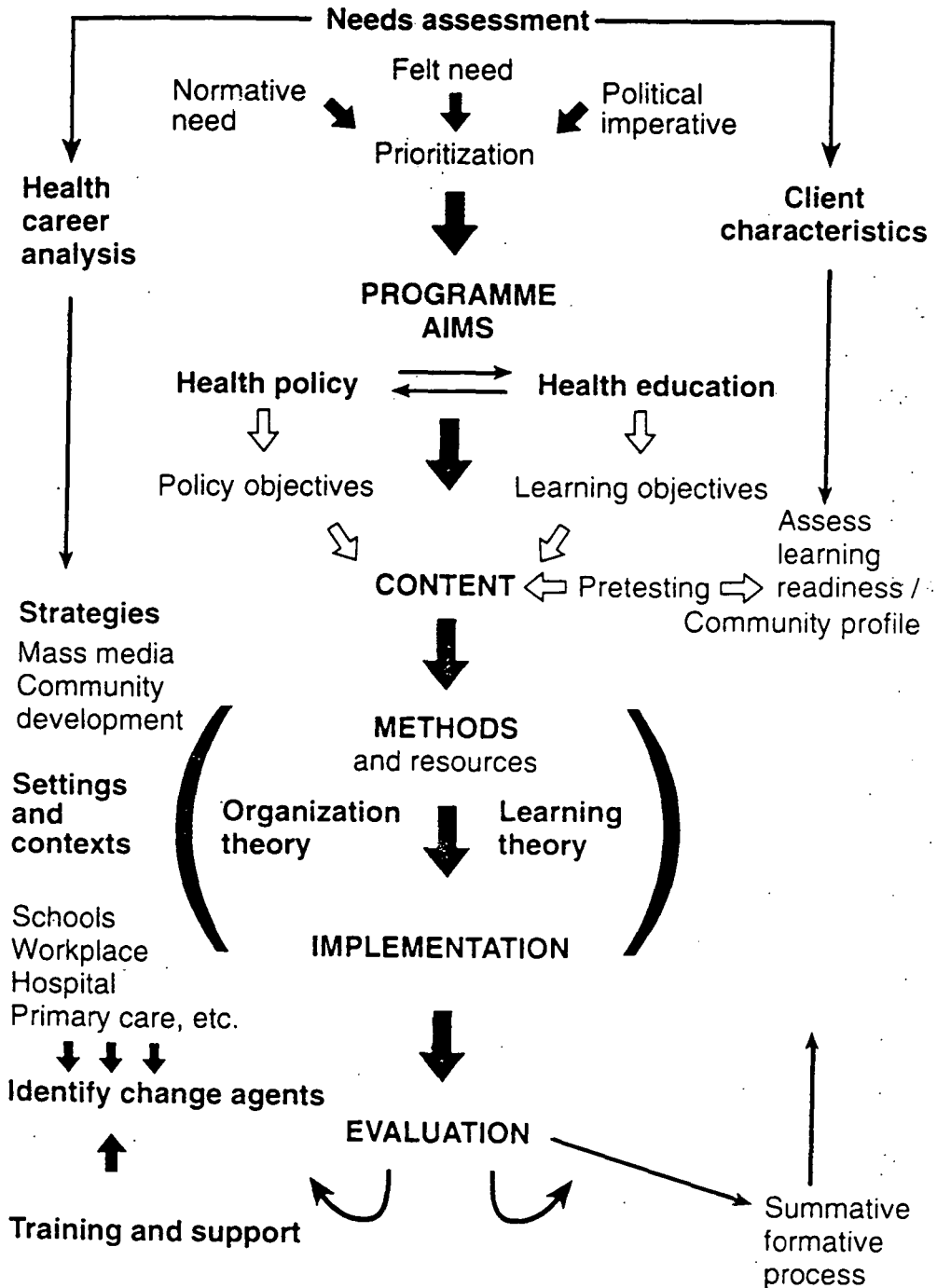
Figuur 3.2 Die sisteembenadering in gesondheidsopvoeding
(Tones 1993: 126).



Dit moet egter beklemtoon word dat die situasie gewoonlik nie so eenvoudig is nie. Daarom beskryf die genoemde skrywer (Tones 1997:803-811) ook 'n meer komplekse situasie wat die verband en interaksie tussen die sleutelkomponente van die ideale sisteem vir gesondheidsopvoeding verduidelik (figuur 3.3, p.59). Dié sisteem beklemtoon onder andere die volgende voorvereistes:

- * Enige program vereis die behoeftebepaling, met verwysing na byvoorbeeld die behoeftes aan gesondheidsdienste soos die gemeenskap dit ervaar asook regeringsbehoefte .
- * Behoeftbepaling behoort ook die ontleding van beskikbare menslike hulpbronne en die kenmerke van leerders (kliënte) in te sluit.
- * Programdoelwitte behoort regeringsbeleid en die oogmerke van gesondheidsopvoeding op verskillende vlakke te reflekteer, en uitkomstes in terme van leerdoelwitte aan te toon.

Figuur 3.3 Die verband tussen sisteemkomponente in gesondheidsopvoeding
(Tones 1997:804).



- * Inhoud behoort gebaseer te wees op leerbehoefte en beide gemeenskapskenmerke soos taalvoorkeure en leerders se leergereedheid in aanmerking te neem.
- * Verskillende metodes en hulpbronne kan aangewend word tydens implementering van programme in verskillende situasies en omgewings soos skole en primêre gesondheidsorgklinieke.

- * Die toepassing van leerteorieë en strategieë vir organisasie-ontwikkeling is belangrike faktore wat sukses beïnvloed.
- * In die finale fase is verskillende vorme van evaluering noodsaaklik om die suksesvolle verloop en resultate van 'n program te bepaal. Die bevindinge behoort neerslag te vind in aksies om tekortkominge te verbeter en ondersteuning te bied aan verskillende rolspelers, soos onderwysers en die gesondheidsprofessies wat vir gesondheidsopvoeding verantwoordelik is.

Bogenoemde sisteem toon duidelike ooreenkoms met algemeen bekende riglyne vir sistematiese onderrigontwerp. Alhoewel die literatuur verskillende sisteme vir onderwysbeplanning bied, kan ten minste die volgende algemene komponente op die mikrovlak van kurrikulumbepanning onderskei word: Situasië-analise, Doelstelling, Leerinhoud, Onderwysmetodes, Onderwysmedia en Evaluering (Park & Cawood *et al.* 1994:5-6). Elk van hierdie sisteemkomponente in gesondheidsopvoedingpraktyk word vervolgens kortliks ondersoek. Die doel van die bespreking wat volg, is nie om 'n omvattende uiteensetting van die verskillende komponente te gee nie, maar om 'n didaktiese raamwerk vir toepaslike mediagebruik en boodskaptoepaslikheid te stel. Die aspekte van situasie-analise word nie in hierdie hoofstuk bespreek nie, maar afsonderlik in die volgende hoofstuk behandel.

3.4.1 Doelstellings

Hierdie komponente van onderrigbeplanning fokus op die formulering van realistiese doelstellings om die didaktiese gebeure te rig sodat die gewenste leer kan realiseer. Die keuse van doelstellings, in ag genome die eiesoortige aard van 'n spesifieke vakgebied, sou oor die algemeen die kognitiewe, affektiewe en psigomotoriese leerdomeine betrek.

Die doelstellings van gesondheidsopvoeding hang ten nouste saam met die oogmerke van gesondheidsbevordering. Oor die algemeen is die fokus op hulp en ondersteuning aan individue om ten spyte van siekte met persoonlike en sosiale aktiwiteite voort te gaan, asook 'n positiewe begrip vir faktore wat siekte en gesondheid bevorder, te ontwikkel. Brown en Watson (1983:136) noem die volgende algemene doelstellings vir gesondheidsopvoeding, naamlik:

- i) die voorsiening van basiese kennis oor gesondheid aan individue, en begrip van hulle persoonlike ontwikkeling;
- ii) hulp om self te bepaal in watter mate individue beheer het oor eie gesondheid, asook ingeligte besluite te neem oor gesondheidsake;
- iii) fasilitering om aan te pas by veranderinge in die omgewing asook binne individue self; en
- iv) hulp aan individue om persoonlike, asook ander persone se emosies, houdings en waardes te ontdek, ontwikkel en te begryp, veral in samehang met gesondheid en welsyn.

Dit is reeds tevore gestel dat kennis die vertrekpunt in doeltreffende gesondheidsopvoeding is (vide, h2:40). Daar bestaan egter voldoende bewys dat programme in gesondheidsopvoeding wat slegs op kennis fokus, gewoonlik nie langtermyn sukses lewer nie (Anderson 1986:20; Massey 1987:66-68; Tones *et al.* 1991; Downie *et al.* 1991:122). Terselfdertyd gee gesondheidsopvoeding wat uitsluitlik op gedragsverandering gemik is nie erkenning aan die bepalende invloed van verskillende lewensituasie op persoonlike gesondheidstatus en welsyn nie (French & Lee 1986:73). Gaigher (1992:20) beklemtoon juis dat gesondheidsinligting groter impak het wanneer dit met lewensvaardighede en persoonlike houdings van individue verband hou, want "... it is not so much knowledge of the head but knowledge of the heart" Navorsing deur Salt *et al.* (1990:69) toon ook dat, alhoewel die kennisvlak van homoseksuele mans ten opsigte van VIGS na blootstelling aan 'n massamediaveldtog toegeneem het, weinig verandering in die groep se seksuele gedrag sodoende te weeg gebring is.

3.4.2 Leerinhoude

Ten opsigte van leerinhoude is die fokus op twee dimensies, naamlik die seleksie van relevante inhoude, op grond van geformuleerde doelstellings, asook daaropvolgende aksies om die betrokke inhoude vir leerders aan te bied.

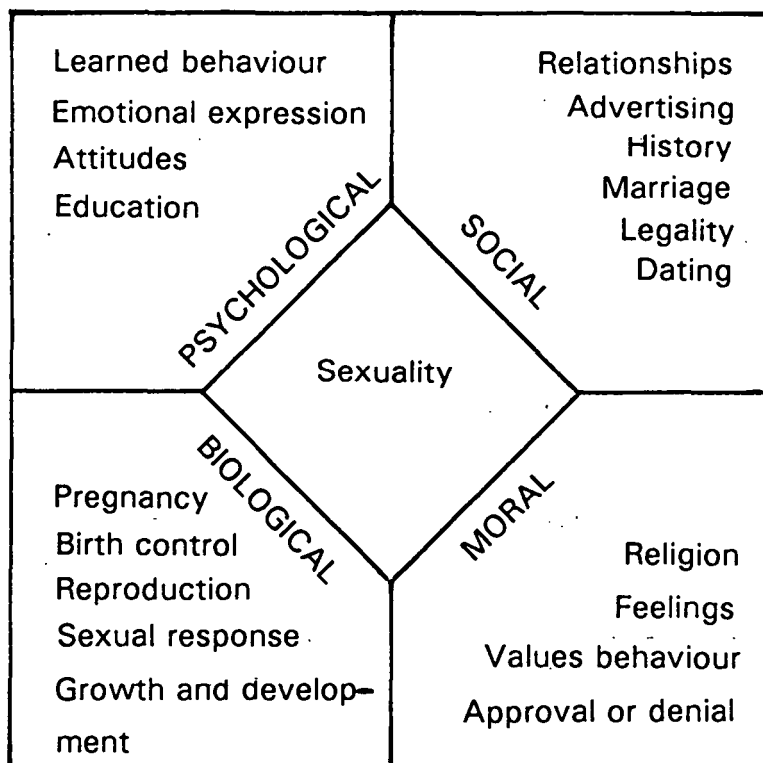
Die leerinhoude in gesondheidsopvoeding is so wyd soos die begrippe gesondheid en siektes self. As voorbeeld word die volgende kernonderwerpe in die kurrikulum vir lewensopvoeding aan Suid-Afrikaanse skole deur Stone (1990:128-130) aanbeveel, naamlik: geslagsopvoeding (voorbereiding vir 'n toekomstige huwelik en gesinslewe), geslagspatologie (seksuele afwykings en VIGS), die hantering van lewensvaardighede (byvoorbeeld probleemoplossing en konflikhantering), voorkoming van alkohol- en dwelmmisbruik, asook vryetydsbesteding. Verdere prioriteitonderwerpe sluit geestesgesondheid (met spesifieke fokus op dieetsteurnisse), die handhawing van morele en etiese waardes, traumahantering, tienerswangerskap, seksuele wanpraktyke soos kindermolestering en -prostitusie, asook geslagsiektes in.

Een van die mees omvattende kurrikula vir gesondheidsopvoeding op skoolvlak word by die staat Michigan in die Verenigde State van Amerika aangetref. Die betrokke kurrikulum organiseer 'n wye verskeidenheid onderwerpe onder tien kerndimensies soos veiligheid en noodhulp, voeding, gesinsgesondheid, gemeenskapsgesondheid, persoonlike gesondheid, emosionele en geestesgesondheid asook siektevoorkoming. Terselfdertyd word die gevorderdheidsvlak waarop verskillende fasette van 'n bepaalde onderwerp behandel word, gespesifiseer. Ten opsigte van voeding word op voorskoolse vlak byvoorbeeld verskillende soorte kos, kenmerke van kossoorte en versnaperinge behandel, terwyl swak voedselkeuses op graad 4-vlak behandel word. Op die mees gevorderde vlak kom aspekte soos dieetafwykings en voedingsbehoefte ter sprake (Michigan Health Authority, s.a).

Vanweë die uiteenlopende aard van verskillende dimensies en manifesterings van gesondheid en siekte, is die ordening van leerinhoud in gesondheidsopvoeding onontbeerlik. Dit moet beklemtoon word dat 'n gefragmenteerde tematiese benadering gevare inhou, want die fokus op geïsoleerde onderwerpe kan moontlik tot blote kompilasie van feite lei. 'n Voorbeeld hiervan is die meer as twintig onderwerpe wat in seksualiteitsopvoeding behandel kan word, insluitende: geboortebepערking, geslagsverhoudings, geboorte, babaversorging en ontwikkeling, aborsie, egskeiding, emosies, die gesinslewe, genetika, homoseksualiteit, die menslike reprodktiewe sisteem, liefde, huwelik, masturbasie, menstruasie, ouerskap, swangerskap, tienerskap, moederskap, vaderskap, geslagsgemeenskap en seksueel-oordraagbare siektes (David & Wise 1987:197; Van Rooyen & Louw 1994:142-154).

Daarenteen kan die verskillende aspekte van tienerseksualiteit meer sinvol hanteer word binne 'n georganiseerde raamwerk wat die vier fundamentele dimensies van menslike seksualiteit onderskei, naamlik: die morele dimensie, die sosiale dimensie, die biologiese dimensie en die sielkundige dimensie soos figuur 3.4 aantoon. Deur sodanige klassifikasie en ordening kan komplekse verskynsels en onderwerpe vir leerders vereenvoudig word, met die bevordering van insigtelike leer as direkte resultaat. Hierdie benadering behoort nagevolg te word oor die hele spektrum van onderwerpe wat in gesondheidsopvoeding ter sprake kom.

Figuur 3.4 Sleutelkomponente in opvoeding oor seksualiteit
(David & Wise 1987: 197).



3.4.3 Onderwysmetodes

By onderwysmetodes gaan dit om die mees geskikte wyse waarop die leerkrag en leerders georganiseer kan word om optimale interaksie en doeltreffende ontsluiting van leerinhoud te verseker. Metodes in gesondheidsopvoeding word omskryf as die werkswyse om uitvoering aan voorligting en kommunikasie te gee (Greene & Simons-Morton 1984:267).

In die didaktiek word vier basiese grondvorme van onderwysmetodes onderskei, naamlik voordrag, gesprek, groepwerk en selfdoen. **Voordrag** het 'n kenmerkende eenrigtingkommunikasieverloop vanaf die leerkrag na die leerders. Voordragvorme wat in gesondheidsopvoeding toegepas word, sluit die lesing, demonstrasie en vertelling in. In teenstelling met voordrag, toon **gesprek** sterk kenmerke van tweerigtingkommunikasie tussen die leerkrag en leerders. Voorbeelde van gesprek in gesondheidsopvoeding is die tweegesprek tussen voedingsvoorligter en diabetes pasiënt.

Groepwerk word ook gekenmerk deur tweerigtingkommunikasie, maar vanweë die deelname deur verskillende persone is die interaksie meer dinamies en multidimensioneel, byvoorbeeld in geval van gonsgroepe en dinkskrumme. Groepwerk is 'n bekende kliniese en terapeutiese strategie in primêre gesondheidsorg, byvoorbeeld in die rehabilitasie van gestremde pasiënte. Derhalwe is die didaktiese aanwending daarvan in gesondheidsopvoeding, byvoorbeeld om kommunikasievaardighede of positiewe houdings oor siektevoorkoming te ontwikkel, nie vreemd nie (Rice 1987:178-187; Allensworth 1993:16; Hubley 1994:100-105).

Selfdoen as didaktiese werkswyse, waarin die beginsel van selfwerkzaamheid sterk na vore tree, behels die uitvoering van gestruktureerde opdragte deur leerders. Tipiese voorbeelde is projekwerk en selfdoenmodules. In gesondheidsopvoeding val die gebruik van gestruktureerde inligtingspakkette deur individuele pasiënte ("patient resource files") en projekte waarin self-inisiatief en self-verantwoordelikheid beklemtoon word in die kategorie van selddoenmetodes (Bidwell 1979:153). Turner *et al.* (1981:11-12) verwys byvoorbeeld na 'n gedrukte pamflet vir selfdiagnose (self-examination) van borskanker.

Afgesien van die genoemde basiese grondvorme bestaan daar ook 'n verskeidenheid mengvorme wat as **ervaringgerigte** metodes bekend staan, byvoorbeeld rolspel, sosiodrama en simulaties. Rolspel is 'n gewilde onderrigmetode in gesondheidsopvoeding wat onder andere vir die ontwikkeling van probleemoplossingsvaardighede in tieners se hantering van alkohol- en dwelmgebruik toegepas kan word (Tones 1993:136-137). Volgens Hubley (1994:110) kom dié metode algemeen in ontwikkelende lande voor.

'n Relatief nuwe term in gesondheidsopvoeding is leerervaring oor gesondheid ("health learning") wat beklemtoon dat gesondheidsopvoeding nie mense behoort te oortuig om persoonlike gedrag te verander nie, maar individue in staat te stel om deur eie ervaring te leer (Yoshida 1995:349-350). Akinyemi (1988:34) maak die opmerking dat

audiovisuele stimuli en ervaring-gerigte onderrig 'n aangename leeromgewing vir kinders skep en hulle in staat stel om leertake makliker te bemeester, "...thus enabling the Nigerian child to learn how to learn without tears". Aansluitend hierby noem Woodcock (1992:528) dat ervaring-gerigte leer tieners kan bemagtig om groepdruk tot die beoefening van geslagsomgang doeltreffend te hanteer.

In die literatuur word ook ander geskikte strategieë en metodes vir gesondheidsopvoëding, aanvullend tot bogenoemde voorbeelde, aangetref. Een so'n strategie wat toenemend ondersteuning geniet, is eweknieleiding ("peer leadership"), byvoorbeeld in opvoedingsprogramme oor tienerseksualiteit, dwelmmisbruik en dieet (Redman 1987:150-151; Gillies 1988:123; Phelps *et al.* 1994:127-139). Verder moet kennis geneem word van sogenaamde tradisionele onderrigmetodes vir gesondheidsopvoëding in ontwikkelende lande, byvoorbeeld gemeenskapsteater ("village theatre"), poppespel en verskillende volksmusiek ("folk music") wat dikwels met liederes en musiek gepaard gaan (Werner & Bower 1987:11/1-14/14; Hubley 1994:130-142).

Die keuse van onderwysmetodes en media behoort uit doelstellings voort te vloei, soos onderstaande tabel aantoon. Daarvolgens is formele voordrag, groepwerk asook die benutting van massamedia en uitstallings geskik om groepe of die gemeenskap meer bewus te maak oor sekere onderwerpe soos VIGS, kanker, tuberkulose. Daarenteen is groepwerk geskik vir opvoëding oor gesondheidsverwante lewenswaardes en om verandering van gedrag teweeg te bring.

Tabel 1. Metodes en media vir gesondheidsopvoëding (Allensworth 1993:15)

GOAL DESCRIPTION	METHODS AND MEDIA
Raising awareness.	Lectures, Groupwork, Mass media, Displays, Exhibitions.
Understanding specific information.	Lectures, One-on-one teaching, Displays, Exhibitions, Written materials.
Clarifying values.	Groupwork, Ranking, Role-playing, Simulations, Categorizing, Decision-making, Problem-solving.
Behaviour change.	Groupwork, Selfmonitoring, Setting personal targets, Assessing progress, Devising coping strategies, Self-help groups.
Social action to facilitate a healthy environment.	All above strategies plus: Lobbying, Pressure groups, Collective social action.

Uit die voorafgaande kan afgelei word dat sommige onderrigmetodes meer geskik vir bepaalde doelwitte is, terwyl ander minder toepaslik is. Daarom geld die uitgangspunt dat 'n kombinasie van metodes meer doeltreffend as slegs een spesifieke metode vir alle situasies en vir alle teikengroepe is. Hieroor stel Allensworth (1993:16) dit duidelik dat, "... a single health message delivered by one teacher is not sufficient to change behaviour". Verder behoort mediagebruik ten nouste saam te hang met die keuse van 'n toepaslike metode om 'n bepaalde doel te bereik. Navorsing deur Dowey (1987:107-108) toon dat die kombinasie van tradisionele onderrigmetodes en rekenaarondersteunde onderrig kennis oor mondhigiëne aan kinders effektief kan oordra, maar dié aanbiedingswyse nie tot dramatiese verbetering van die berokke kinders se mondigesondheid gelei het nie.

Een van die mees belangwekkende ontwikkelings sedert die vyftigerjare is die klemverskuiwing van formele na informele onderrigmetodes waar 'n hoë premie op leerderdeelname (aktiwiteit, selfwerkzaamheid) geplaas word (Rice 1987:178; Amar 1992:295-299; Kanerva 1995). Skrywers soos Massey (1987:66) en Boyle *et al.* (1989:2) wys daarop dat onvoldoende gespreksgeleenthede oor seksuele gedrag en seksueel-oordraagbare siektes tot wanbegrippe asook misplaaste en onvolledige houdings jeëns seksualiteit by tieners kan lei. Onlangse navorsing in Suid-Afrika (Malherbe 1996) het getoon dat die kombinasie van ervaring-gerigte onderrigmetodes en versterkende boodskappe met behulp van gedrukte pamflette, plakkaat en nuusbriewe 'n fasiliteringsrol in kennistoename asook houding- en gedragsverandering oor voeding by kinders kan vervul.

3.4.4 Media-integrering

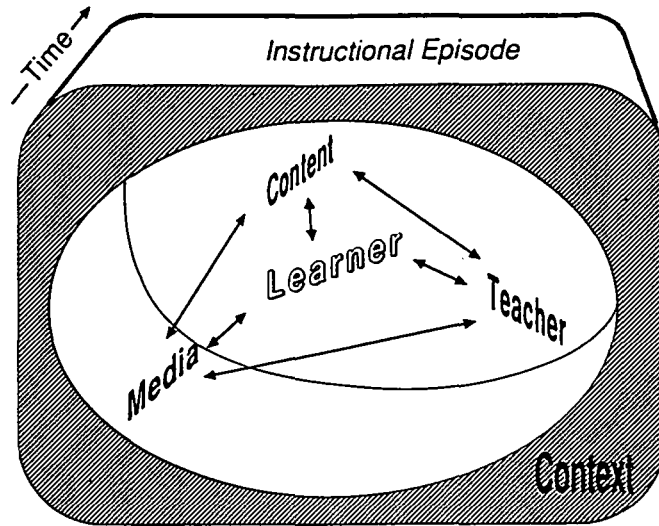
Binne die sisteembenadering lei die keuse van onderwysmetodes tot die identifisering van toepaslike media vir onderrig en leer. Media is onlosmaaklik deel van die didaktiese situasie, soos Branch (1994:27) se voorstelling van die hoekstene van die onderrigleersituasie (figuur 3.5, p.66) aantoon. Daarom behoort media telkens by die geheel van onderrigleergebeure geïntegreer te word. Baggaley (1989:100) wys daarop dat massamedia veldtogte vir openbare gesondheidsopvoeding in die verlede weinig langtermynsukses getoon het, en daarom "...have (they) to be combined with other ingredients for a campaign to be successful". Volgens Haslam (1984:206) behoort media-integrering 'n waardevolle bydrae te lewer om die ondoeltreffendheid van gesondheidsopvoeding ("health mis-education") te verbeter.

In die proses van media-integrering staan mediaseleksie sentraal. Enkele vrae wat tydens mediaseleksie beantwoord moet word, is onder andere:

- * Watter inhoude kan meer doeltreffend deur middel van ekstrasieke mediëring oorgedra word?
- * Watter beskikbare media is die meeste toepaslik om verskillende doelwitte op kognitiewe, affektiewe en psigomotoriese leervlakke te bereik?

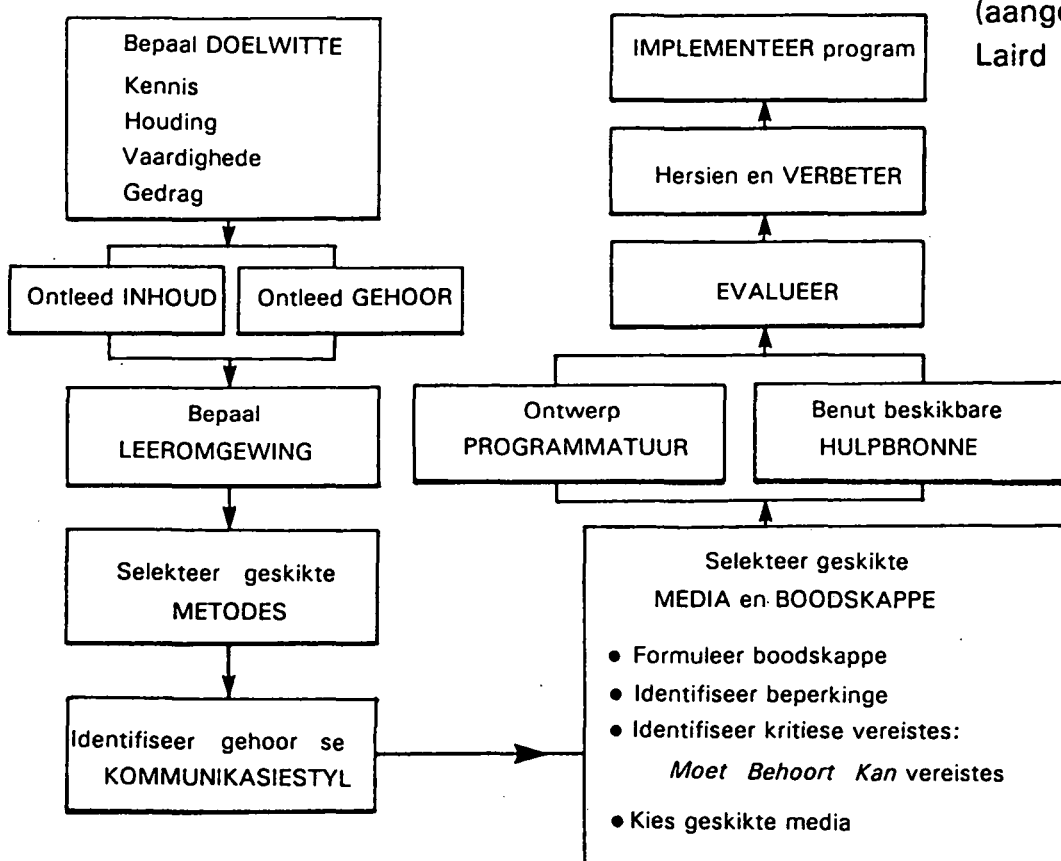
- * Hoe kan onderwysmedia doeltreffend aangewend word vir bepaalde onderrigbehoefte en kommunikasiefunksies?

Figuur 3.5 Media as komponent van die onderrigleersituasie (Branch 1994:27).



Mediaseleksie is dus nie 'n geïsoleerde handeling nie, maar gewoonlik een van 'n reeks opeenvolgende stappe in sistematiese programontwerp. Mediaseleksie volg na ontleding van die gehoor (leerders) se kommunikasiestategieë en behoort voor die ontwerp van programmatuur plaas te vind, soos figuur 3.6 voorstel.

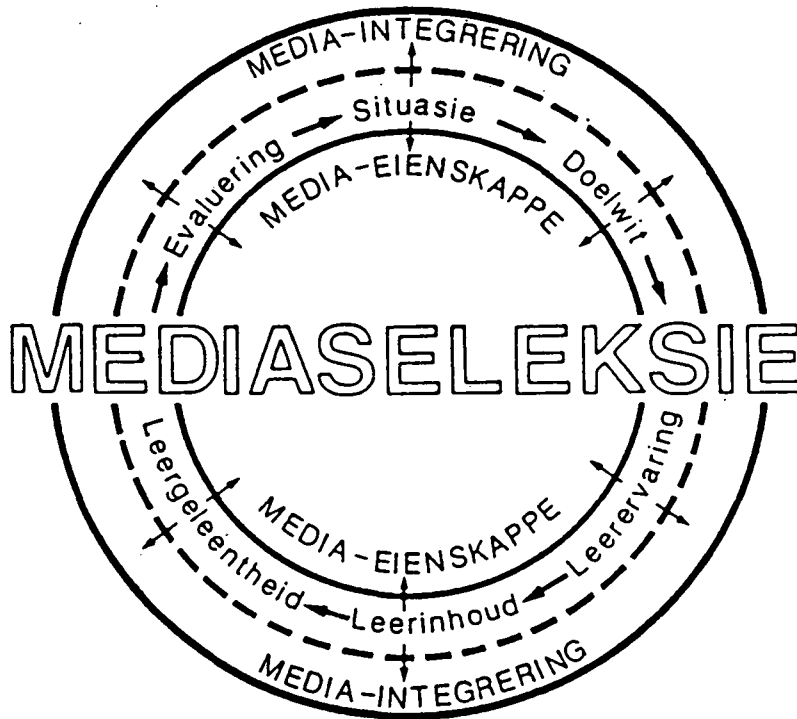
Figuur 3.6 Mediaseleksie in samehang met ander programontwerpkomponente



(aangepas uit Laird 1985:196).

Mediaseleksie het gewoonlik 'n rimpelingeffek op 'n program as geheel, omdat die keuse van toepaslike media met (leer)doelwitte, die eiesoortige invloedsfaktore van elke situasie, die behoefte aan stimulerende leergeleenthede asook die aard van leerinhoud en leerervarings verband hou, soos figuur 3.7 illustreer.

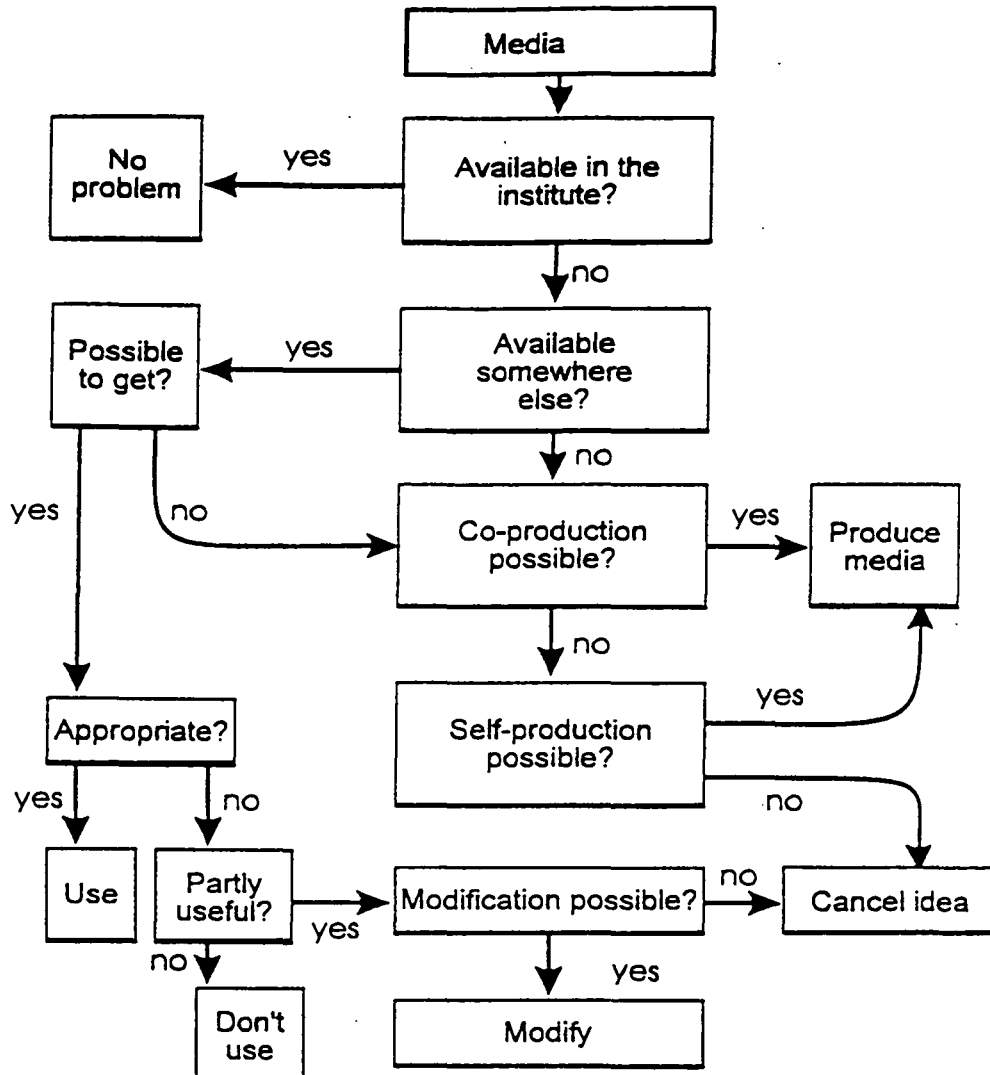
Figuur 3.7 Mediaseleksie as fokuspunt in media-integrering (Freysen et al. 1989:26)



Die seleksie van die mees toepaslike medium of media vir onderrig en leer word deur 'n kombinasie van faktore beïnvloed. Algemene bepalende invloedsfaktore is die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en vervoerbaarheid van media. Hierbenewens behoort didaktiese faktore soos doelstellings en die keuse van leerinhoude asook metodes ook oorweging te geniet. Verskillende invloedsfaktore kan ten opsigte van onderskeidelik die leerkrag, die leerders en die leerinhoude geïdentifiseer word, byvoorbeeld die geletterdheidsvlak en leerstyle van leerders, mediavorkeure en onderrigvaardighede van die leerkrag, en die aard van leerinhoude in terme van hetsy konkrete of abstrakte ervarings wat voorsien moet word. Praktiese invloedsfaktore wat ondersoek moet word, is gespesialiseerde vaardighede wat vir die ontwerp en produksie van bepaalde programmatuur benodig word en die beskikbaarheid van 'n ondersteunende infrastruktuur vir die bevordering van mediagebruik. Die vloeiagram in figuur 3.8 (p.68) identifiseer 'n reeks opeenvolgende vrae wat beantwoord moet word in die proses van mediaseleksie. Indien die nodige programmatuur byvoorbeeld nie beskikbaar is nie, behoort verskillende alternatiewe ondersoek te word. Een

moontlikheid is om reeds beskikbare programmatuur aan te pas vir eie behoeftes, in plaas van 'n nuwe produksie van nuuts af aan te pak wat meer uitgawes inhou.

Figuur 3.8 Praktiese oorwegings in die proses van mediaseleksie
(Matiru et al. 1995:259)



'n Vierde groep invloedsfaktore, wat van deurslaggewende belang is en meer aandag verdien, is die inherente eienskappe van verskillende media. Dit is bekend dat elke individuele medium inligting op 'n unieke wyse kodeer. Salomon (1976:26) het in sy baanbrekerswerk oor die impak van media op leerprestasie tot die gevolgtrekking gekom dat kommunikasiekodes 'n meer deurslaggewende rol as die tegnologie waarmee inligting oorgedrag word, vervul. Die kommunikasiekundige, McLuhan (1974:15) se bekende standpunt, "The medium is the message" benadruk ook dat die betekenis van elke individuele boodskap deur die medium (as draer van die boodskap) beïnvloed word. S6 verskil die inligtingskodes van gedrukte media van die kodes in elektroniese media. Gevolglik is elke spesifieke medium in 'n mindere of meerdere

mate vir bepaalde leerdoelwitte geskik (Lizamore 1979:143-144; Foley & Smolansky 1980:150-151).

Prakties gesproke verwys media-eienskappe na die moontlikheid van 'n medium om boodskappe (inligting) deur middel van byvoorbeeld drie-dimensionele beelde, grafiese voorstellings, beweging, kleur en klank oor te dra. Sekere eienskappe soos kleur word deur verskeie media gedeel, terwyl ander eienskappe soos die moontlikheid om drie-dimensionele voorwerpe af te beeld tot slegs sekere media beperk is. Vir Briel (1983:55) is die media-eienskappe wat benodig word om 'n bepaalde doel te bereik, eerder as die medium self (apparatuur of programmatuur) waarmee die boodskap oorgedra word, die belangrikste vertrekpunt in mediaseksie. Met die oog hierop is dit moontlik om die besondere eienskappe van onderwysmedia wat gewoonlik beskikbaar is deur middel van 'n matriks voor te stel, soos tabel 2 (p.70) illustreer. Die betekenis van die onderskeie media-eienskapkategorieë word in bylae 3B (p.76) verduidelik. By die toepassing van die matriks in mediaseleksie moet enkele belangrike riglyne duidelik gestel word:

- * Soms word slegs een sintuig (byvoorbeeld visueel of ouditief) benodig vir die oordra en inneem van inligting, daarom sal slegs een geskikte medium geselekteer word. In ander gevalle sou 'n oudiovisuele medium of kombinasie van verskillende media geselekteer word, omdat meer as een sintuig betrek word.
- * Die simboolsisteme van die onderskeie media moet mekaar aanvul en verbandlegging bevorder. Waar die boodskap bloot deur die verskillende media herhaal word, of waar weining verband tussen verskillende boodskappe in verskillende media bestaan, sal die gebruik van 'n enkele medium dieselfde of selfs beter resultate as die gekombineerde media hê.

Ter voorbeeld hoe die proses van mediaseleksie kan verloop, toon tabel 3 (p.71) die afparing van media-eienskappe met mediatipes, en tabel 4 (p.72) die afparing van leerkategorieë met mediatipes aan die hand van die volgende doelwit:

Om die beginsels van gebalanseerde dieet aan tieners te verduidelik.

In tabel 3 (p.71) is die verskillende media-eienskappe vir die betrokke doel deur middel van 'n regmerkies langs die onderskeie eienskappe geïdentifiseer. Verder word die relatiewe mate waarin verskillende media aan die verlangde eienskappe voldoen, aange-
toon. In tabel 4 (p.72) is die leerkategorieë wat by die betrokke doel ter sprake kom, geïdentifiseer (ook deur middel van regmerkies langs die verskillende kategorieë), en die mate waarin die verskillende media die bereiking van die geïdentifiseerde leerkategorieë bevorder, aangetoon. Vervolgens is die mees toepaslike medium geïdentifiseer deur die aantal kruisies (positiewe response) in tabel 3 asook die aantal "hoë" en "medium" fasiliteringpotensiaal in tabel 4 vir elke afsonderlike medium op te tel. Vir die doelwit wat in hierdie geval as voorbeeld gebruik is, sou 'n videoprogram die mees toepaslike medium wees. Daarenteen is 'n oudioband en gedrukte teks die minste toepaslik.

Tabel 2. Eienskappe van nie-personale onderwysmedia (Freysen et al. 1989:28)

Soorte onderwysmedia		Werklike voorwerp	3-D Model	Boek (ongeïllustreerd)	Boek geïllustreerd	Prent, foto	Muurkaart / Plakkaat	Flennie- en magneetbord	Transparant	Klankopname	Strookfilm	Skyfie	Skyfieklinkprogram	Rolprent	Televisie	Video	Rekenaar	Interaktiewe video
Media-eienskappe	Werklikheid:	●	○															
	Aanbiedingswyse: (Simboliese kode)	↕																
	Afbeeldend	■	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●
	Uitbeeldend	■	●	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●
	Beskrywend	■	○	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
Sintule betrek:	gesig	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●
	gehoor	●	○							●			●	●	●	●	○	●
	tassin	●	●															
	reuksin	●																
	smaaksin	●																
	kinestese	●	●					○									○	○
	meer as een	●	●					●					●	●	●	●	●	●
Hoe realisties aangebied:	visuele detail	■	●		●	●	●	●	○		●	●	●	●	●	●	○	●
	kleur	■	●		●	●	●	●	○		●	●	●	●	●	●	○	●
	beweging	■	●		○	○	○	○	○	●	○	○	○	●	●	●	○	●
	grootte / dimensie	■	●	○	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	○	●
	tydsverloop	■	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	●	●	●	●	●	●
	klank	■	○							●			●	●	●	●	○	●
Randelenskappe: (Beklemtoon spesifieke inhoud)	byskrifte	■	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●
	pyltjies	■	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●
	kleur	■	●	○	●	●	●	●		○	●	●	●	●	●	●	○	●
	beweging	■	○							○				●	●	●	●	●
	klankeffekte	■								●			●	●	●	●	●	●
	musiek	■								●			●	●	●	●	○	●
	klankintonasie	■								●			●	●	●	●	○	●
Beheerelenskappe:	verwysbaarheid	○	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○			○	○	●
	aanbiedingstempo	○	●	●	●	●	●	●	○	●	●					●	●	●
	volgorde van inhoud	○	●			●	●	●				●	○			○	●	●
Interaksie eienskappe:	terugvoer	●		○	○												●	●

- Voldoen aan die eienskap
- Voldoen gedeeltelik aan die eienskap
- Voldoen nie
- Nie van toepassing

Tabel 3 Afparing van media-eienskappe met mediatipes

Media Eienskappe	Gedrukte teks	Grafika	Video	Skyfies foto's	Plakkaat	Oorhoofse projektor	Oudio- band	R.G.O.
Realistiese beeld	-	+	++	++	+	+	-	+
Tempobeheer	++	++	++	++	++	++	++	++
Beeldmanipulasie								
Beweging								
Visueel	+	++	++	++	++	++	-	++
Kleur	+	++	++	++	+	+	-	+
Aanpasbaar	+	+	+	+				
Mobiliteit	++	++	++	++	++	++	++	+
Klank	-	-	+	-	-	-	++	-
Goedkoop	++	+	+	+	++	++	++	+

Sleutel: R.G.O. = Rekenaargesteunde onderrig
 - = Eienskap ontbreek
 + = Eienskap beperk teenwoordig
 ++ = Eienskap prominent teenwoordig

Tabel 4 Afparing van leerkategorieë met mediatipes

Media Leervorme	Gedrukte teks	Grafika	Video	Skyfies foto's	Plakkaat	Oorhoofse projektor	Oudio- band	R.G.O.
Feite, konsepte	Hoog	Medium	Medium	Laag	Medium	Medium	Hoog	Hoog
Visuele identifikasie	Laag	Hoog	Hoog	Hoog	Hoog	Medium	Laag	Laag
Houding, motivering	Laag	Medium	Medium	Laag	Medium	Laag	Laag	Medium
Vaardighede								
Kennistoepassing	Laag	Laag	Medium	Laag	Laag	Laag	Laag	Laag

Sleutel: R.G.O. = Rekenaargesteunde onderrig
 Laag = Lae fasilitering
 Medium = Matige fasilitering
 Hoog = Hoë fasilitering

Uit die bespreking kan afgelei word dat mediaseleksie die meganisme bied vir media-integrering in gesondheidsopvoeding. Sodoende kan die mees toepaslike media, met inbegrip van geskikte boodskapcodes, vir 'n bepaalde doel geïdentifiseer word. By kombinasie van die verskeidenheid invloedsfaktore stel Foley en Smolansky (1980:149) die volgende eenvoudige praktiese riglyn vir mediaseleksie: "Perhaps the most workable ground rule for media selection is that the 'best' medium is the cheapest one which 'works'". Daar behoort dus na beide didaktiese en praktiese invloedsfaktore gekyk te word wanneer mediaseleksie ter sprake kom.

3.4.5 Evaluering

Daar is reeds gewys op die belangrike rol van evaluering in gesondheidsopvoeding. Soos in die didaktiek word verskillende vorme van evaluering vir spesifieke oogmerke toegepas. Die primêre funksie van evaluering is om tekortkominge in programme te identifiseer en die praktyk asook resultate van opvoedingsaksies te verbeter. Volgens Hubley (1994:219) word evaluering toegepas om:

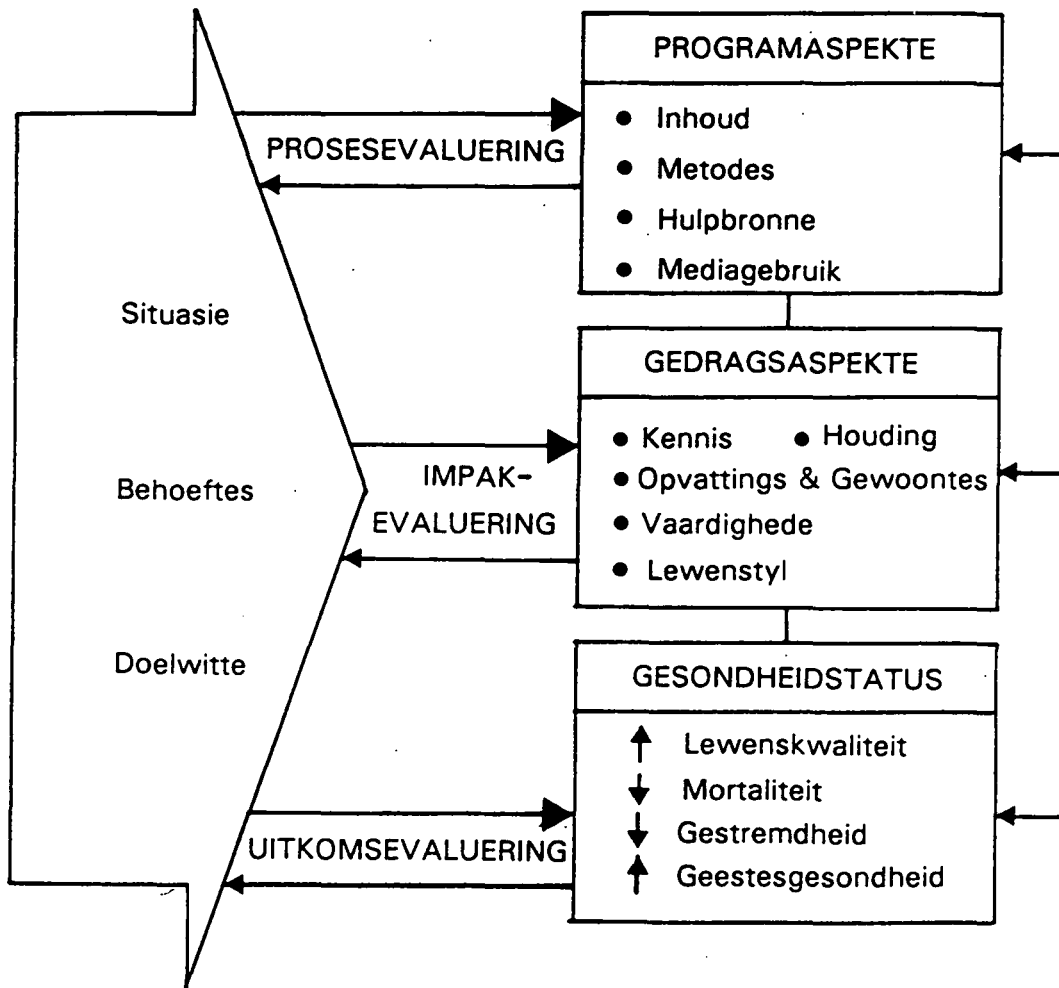
- * die mate van verandering in individue, groepe of gemeenskappe se gesondheidsgedrag te bepaal;
- * te bepaal of die verandering as gevolg van 'n spesifieke program te weeg gebring is; en
- * te bepaal of die insette ten einde die verandering te weeg te bring die moeite werd was.

Oor die algemeen bestaan daar drie benaderings tot evaluering in gesondheidsopvoeding, naamlik prosesevaluering, produkevaluering en impakevaluering. Prosesevaluering word toegepas om verskillende inhoudelike en aanbiedingsaspekte van 'n program te evalueer (byvoorbeeld die toepaslikheid en doeltreffendheid van mediagebruik), terwyl die resultaat en onmiddellike effek van 'n program deur middel van impakevaluering bepaal word. Produkevaluering fokus op die langtermyn doelstellings van 'n spesifieke opvoedingsprogram. Alhoewel hierdie drie benaderings onderskeibaar is, word hulle dikwels komplementêr aangewend. Trouens, die mees omvattende evaluering is slegs moontlik indien al drie strategieë gesamentlik benut word (Greene en Simons-Morton 1984:308-311; Springett & Dugdill 1995:95-96).

Benewens hierdie drie algemene benaderings tot evaluering, kom diagnostiese evaluering ook in gesondheidsopvoeding ter sprake. Hierdie vorm van evaluering word tydens situasie-analise aangewend om die behoefte van 'n bepaalde teikengroep of gemeenskap in terme van kennis, houdingverandering, gedragsverandering of verworping van vaardighede te bepaal. Die verskillende benaderings tot evaluering in gesondheidsopvoeding, en spesifieke fokuspunte van elk, kan soos in figuur 3.9 (p.74) voorgestel word. Daarvolgens is prosesevaluering primêr op programaspekte gerig, impakevaluering op gedragsaspekte en produkevaluering op gezondheidstatus

gerig. Diagnostiese evaluering fokus op aspekte in verband met situasie-analise en behoeftebepaling.

Figuur 3.9 Basiese evalueringsvorme in gesondheidsopvoeding
(aangepas uit Greene & Simons-Morton 1994).



3.5 SAMEVATTING

Gesondheidsopvoeding steun op bekende riglyne vir die onderwyspraktik. Die tien algemene riglyne vir doeltreffende onderrig (onder meer doelstelling, beplanning, motivering, individualisering en evaluering) figureer in programme vir gesondheidsopvoeding. Verskillende implikasies van hierdie riglyne vir boodskaptoepaslikheid is aangetoon, byvoorbeeld dat media by die geheel van 'n onderrigprogram geïntegreer moet word en op duidelike doelwitte gerig moet wees. Daarbenewens volg die beplanning van gesondheidsopvoeding 'n duidelike sistematiese benadering wat situasie-analise, doelstelling, die seleksie van leerinhoud, onderrigmetodes, media-integreer en evalueringsmetodes vereis. Die doel van gesondheidsopvoeding is nie beperk tot inligtingoordrag nie, aangesien die vermoë om ingeligte besluite te neem, ewe belangrik is. Leerstof behoort verkieslik binne die konteks van lewensopvoeding hanteer te word en informele onderrigmetodes wat op gespreksvaardighede gerig is, behoort groter klem te ontvang. Media is onlosmaaklik deel van die onderrigleersituasie,

daarom vervul mediaseleksie 'n belangrike funksie om media by onderrigleergebeure te integreer. Tydens mediaseleksie behoort die invloed van verskillende inherente eienskappe van media nie gering geag te word nie, omdat die simbolesisteme van boodskappe meer deurslaggewend as die medium op sigself is. Ten laaste is die belang van evaluering beklemtoon, want daarsonder is dit onmoontlik om verskillende programaspekte, asook die impak en resultate van gesondheidsopvoeding te bepaal. Soos reeds tevore verduidelik word situasie-analise as komponent van programbeplanning in gesondheidsopvoeding afsonderlik in die volgende hoofstuk ondersoek.

Bylae 3A Betekenisverklaring van media-eienskapkategorieë

(Freysen et al. 1989:27-29).

Die werklikheid

Die werklikheid sluit alle sigbare en onsigbare fasette van die mens self, asook voorwerpe waarmee die mens in die daaglikse lewe te doen kry, byvoorbeeld instrumente en natuurobjekte in. Natuurvoorwerpe staan as realia bekend.

Aanbiedingswyse

Soms is dit onmoontlik om die werklikheid self aan te bied, byvoorbeeld omdat 'n voorwerp te groot vir 'n vertrek is ('n boom of berg), die werklikheid nie vervoer kan word nie ('n rivier) of met die blote oog beswaarlik raakgesien kan word ('n virus). In sulke gevalle kan 'n fotografiese afbeelding of grafiese voorstelling as indirekte ervaring daarvan gegee word.

Sintuie

Sintuiglike belewing (byvoorbeeld sien, hoor, ruik en tas) word bepaal deur die keuse van aanbiedingswyse.

Realisme versus abstraksie

Realisme in inligtingaanbieding word bepaal deur die spesifieke kombinasie en relatiewe klem op verskillende simboliese kodes wat telkens gebruik word, byvoorbeeld visuele detail, kleur, beweging, grootte, tydsverloop en klankbron.

Beklemtoning

In onderrig en leer word klem op sekere aspekte van 'n boodskap soms vereis om die essensie uit te lig. Tegnieke wat moontlik vir beklemtoning aangewend kan word, sluit byskrifte, pyltjies, spesifieke kleurgebruik (byvoorbeeld rooi) en verskillende vorme van beweging (byvoorbeeld animasie en stilbeelde) in.

Beheer

Die effektiwiteit van 'n boodskap kan soms verhoog word deur selektiewe beheer (manipulasie). In hierdie geval is faktore soos die vermoë om direk na 'n verskynsel of voorwerp te verwys, die tempo van aanbieding te varieer en volgorde van inligtingaanbieding belangrik.

Interaksie

Interaksie verwys na die moontlikheid om wisselwerking tussen die medium en leerder te bewerkstellig, afhangende van die stimulus of stimuli wat voorsien word. Dié eienskap staan in kontras met passiewe blootstelling aan en ervaring van inligting.

Hoofstuk 4

SITUASIE-ANALISE VAN INVLOEDSFAKTORE BY GESONDHEIDSOPVOEDING IN MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSAPPE

4.1	INLEIDING	77
4.2	DIE KOMPLEKSITEIT VAN INVLOEDSFAKTORE IN GESOND- HEIDSOPVOEDING	78
4.3	ONDERSKEID TUSSEN MAKRO- EN MIKRO-INVLOEDSFAKTORE	80
4.3.1	Moontlike makro-invloedsfaktore	80
4.3.1.1	Die rol van opvoedingsvlak en geletterdheid	81
4.3.1.2	Die verskynsel van toepaslike tegnologie	82
4.3.1.3	Die proses en produk van tegnologie-oordrag	83
4.3.2	Moontlike mikro-invloedsfaktore	85
4.3.2.1	Kennis	85
4.3.2.2	Vaardighede	86
4.3.2.3	Houding	86
4.3.2.4	Waardes	88
4.3.2.5	Oortuiging en opvattinge	88
4.4	DIE INTERAKSIE TUSSEN VERSKILLENDE INVLOEDSFAKTORE	89
4.5	FOKUS OP SOSIO-KULTURELE INVLOEDSFAKTORE	92
4.5.1	Verskille tussen Westerse en tradisionele geneeskunde	92
4.5.2	Kultuurverwante opvattinge oor seksualiteit en die huwelik	93
4.5.3	Kultuurverwante opvattinge oor voeding	94
4.5.4	Die wyer invloed van tradisionele geneeskunde	95
4.6	IMPLIKASIES VIR GESONDHEIDSOPVOEDING	97
4.7	SAMEVATTING	98

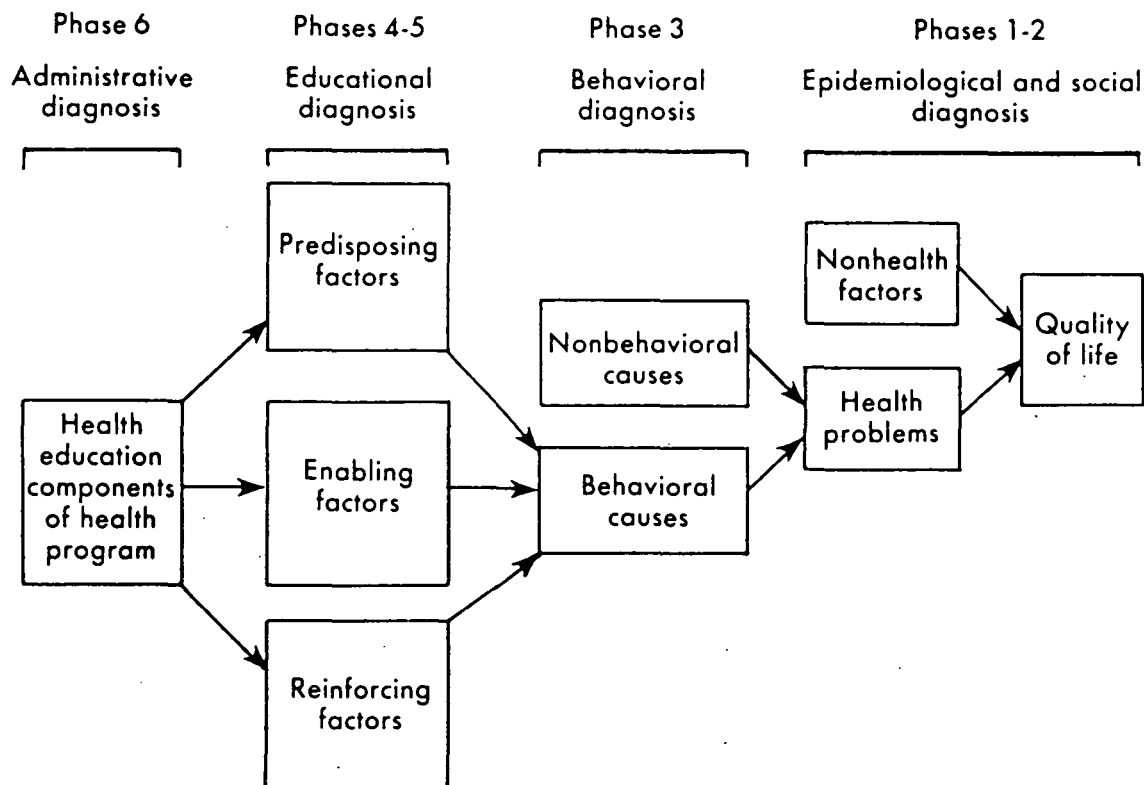
Hoofstuk 4

SITUASIE-ANALISE VAN INVLOEDSFAKTORE BY GESONDHEIDSOPVOEDING IN MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAPPE

4.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is aangetoon dat 'n situasie-analise 'n komponent van sistematiese programbeplanning in gesondheidsopvoeding is. Prakties gesproke behels 'n situasie-analise die ontleding van moontlike faktore wat 'n invloed op 'n bepaalde program mag hê. Hicks *et al.* (1988:15) verwys na die bepalende invloedsfaktore in gesondheid en siekte as "stimulismeganismes". Die noodsaaklikheid van 'n situasie-analise tree na vore in die bekende **PRECEDE**-model (akroniem vir "Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation") wat dikwels op institusionele vlak vir die beplanning van programme vir gesondheidsopvoeding gebruik word. Die betrokke model (figuur 4.1) toon aan dat onder andere verskillende epidemiologiese faktore, sosiale omstandighede, gesondheidsgedrag asook opvoedkundige faktore oorweeg moet word.

Figuur 4.1 Die PRECEDE-model in gesondheidsopvoeding (Redman 1988:19)



Die waarde van situasie-analise is daarin geleë dat 'n navorsingsingesteldheid tot programbeplanning bevorder word. Sodoende word data verkry om as verwysingsraamwerk te dien waarbinne doelstelling, inhoudseleksie, die keuse van metodes,

media-integrering en evaluering uitgevoer kan word. Die literatuur bied menige voorbeelde waar gesondheidsopvoeding as gevolg van onvoldoende situasie-analise misluk het, byvoorbeeld in voorkomende opvoedingsprogramme oor rook, alkoholmisbruik en seksueel-oordraagbare siektes onder tieners (Wright *et al.* 1989:65-68; Woodcock *et al.* 1992:518). Onvoldoende ontleding van situasie-analisefaktore kan lei tot die "slagoffer" verskynsel ("victim blaming") waar bepaalde groepe in die gemeenskap as't ware self die verantwoordelikheid vir mislukkinge moet dra. Hierdie verskynsel kom ook in massamedia veldtogte vir gesondheidsopvoeding voor (Hubley 1994:192). Teen die agtergrond van die breë navorsingstema ondersoek hierdie hoofstuk sekere algemene invloedsfaktore, asook verskillende sosio-kulturele invloedsfaktore by gesondheidsopvoeding in multikulturele ontwikkelende gemeenskappe. Die noodsaaklikheid van kulturele kontekstualisering van gesondheidsopvoeding word deur verskeie skrywers (Hattersley 1985:46; Galli *et al.* 1987:177-180; Salt *et al.* 1990:69-76; Milburn 1996:41-46) beklemtoon. Volgens Dimon (1995:154) het kultuurverskille waarskynlik 'n veel groter invloed in doeltreffende primêre gesondheidsorg as wat tot nog toe besef is.

4.2 DIE KOMPLEKSITEIT VAN INVLOEDSFAKTORE IN GESONDHEIDS-OPVOEDING

Dit is algemeen bekend dat 'n uiteenlopende verskeidenheid faktore bepalend is vir die gesondheidstatus van individue en die gemeenskap as geheel (Hagart & Billington 1982:18-22; Greene & Simons-Morton 1984:15-21). Internasionale organisasies soos die Wêreldbank (World Bank Report 1994:12-15) gebruik onder andere die volgende indikatore vir evaluering van 'n land se gesondheidstatus:

- * die mortaliteitskoers (aantal sterftes per 1000 lede van die bevolking);
- * lewenskwaliteit;
- * lewensverwagting (die gemiddelde aantal verwagte lewensjare vir 'n bepaalde ouderdomsgroep);
- * siekte-insidensie (die aantal nuwe siektes aangemeld oor 'n bepaalde tydperk);
- * die voorkoms van verskillende gestremdhede (liggaamlik en psigies) en
- * pasiëntsatisfaksie met die voorsiening van gesondheidsdienste.

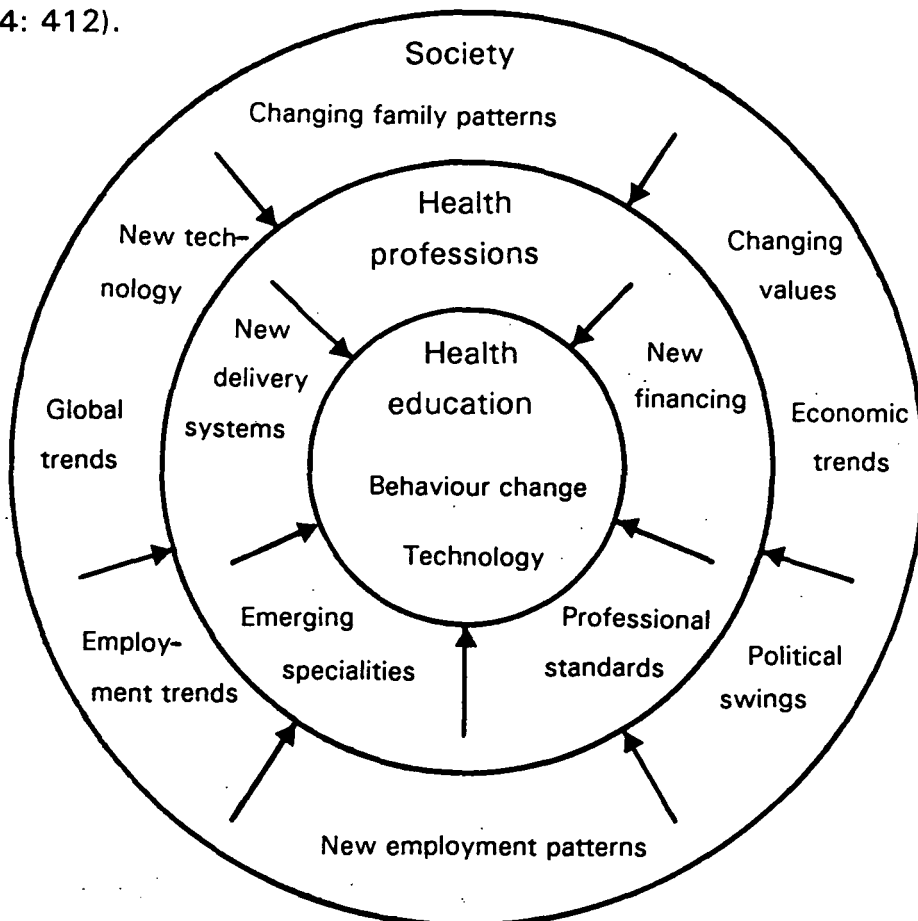
Bloot vanuit 'n kliniese oogpunt is die situasie reeds ooglopend kompleks, want elke besondere siektetoestand het 'n unieke aard en etiologie wat moontlik verskil van die vorige asook daaropvolgende situasie. Die toename van seksueel-oordraagbare siektes, veral VIGS, in Afrika hou byvoorbeeld met faktore soos armoede, werkloosheid, politieke besluite, persoonlike godsdiensoortuigings asook die besondere lewenstyl van prostitute en langafstandvragmotorbestuurders verband (Fitzpatrick *et al.* 1991:131-133; Livingston 1993:190).

Daar is tevore kortliks na die sisteembenadering verwys (vide, h 3:57), asook die feit dat gesondheidsopvoeding deel van die wyer begrip gesondheidsbevordering uitmaak

(vide, h 2:30). Elke denkbare sisteem is eintlik 'n subsisteem van 'n groter sisteem. Gevolglik beïnvloed veranderinge in 'n bepaalde komponent een of meer van die ander verbandhoudende komponente, sowel as die sisteem as geheel. Weens die interaksie tussen verskillende sisteme en subsisteme sou dit byvoorbeeld nutteloos wees om bepaalde dieetvoorskrifte vir 'n diabeet aan te beveel indien sommige voedselitems vir die betrokke individu of gesin onaanvaarbaar is of die items te duur is. Die voorskrifte sou eweneens nutteloos wees indien die pasiënt se vrou wat die maaltye voorberei, nie die noodsaaklike begrip toon waarom die aanbevole riglyne streng navolg moet word nie.

By implikasie behoort geen program vir gesondheidsopvoeding geïsoleerd aangepak en uitgevoer te word nie, maar as geïntegreerde komponent van die omvattende sisteem van gesondheidsbevordering. In dié verband wys Dean (1989:151) daarop dat gesondheidsinligting dikwels die besondere rol van menslike gedrag in besluitneming ignoreer: "Many health information programmes operate as though personal behaviour is a simple matter of informed choice rather than of complex processes including opportunities for choosing healthy ways of living". 'n Omgewingsverkenning (figuur 4.2)

Figuur 4.2 Omgewingsinvloede in gesondheidsopvoeding (Greene & Simons-Morton 1984: 412).



lei tot die identifisering van 'n wye spektrum faktore wat die praktyk van hedendaagse gesondheidsopvoeding beïnvloed. S6 het die hedendaagse snelle tegnologiese ontwikkeling op die terrein van telekommunikasie 'n toenemend groter impak op internasionale kommunikasie in die samelewing. Die gesondheidsprofessies staan nie geïsoleerd van sodanige ontwikkelings nie, maar word voortdurend aan nuwe tegnologie (byvoorbeeld die kompakskyf, elektroniese pos en Internet) vir doeltreffender kommunikasie en die versameling asook ontsluiting van mediese inligting blootgestel. Terselfdertyd beïnvloed hierdie tegnologiese vooruitgang die praktyk van gesondheidsopvoeding. Dit sou byvoorbeeld moontlik wees om deur middel van toepaslike boodskappe en interaktiewe multimediegebruik verlangde verandering van risikogedrag meer suksesvol teweeg te bring as tevore toe sodanige nuwe kommunikasieformate nie beskikbaar was nie.

4.3 ONDERSKEID TUSSEN MAKRO- EN MIKRO-INVLOEDSFAKTORE

Daar bestaan verskillende sisteme om die verskeidenheid invloedsfaktore in gesondheidsopvoeding te klassifiseer. Oor die algemeen kan onderskei word tussen invloedsfaktore in die spesifieke omgewing waar mense hulle bevind (bekend as: makro-invloedsfaktore), teenoor menslike veranderlikes wat 'n persoon se gesondheidstoestand bepaal (mikro-invloedsfaktore). Eersgenoemde kategorie verwys met ander woorde na faktore waaroor die individu self weinig of beperkte beheer het, terwyl die individu meer beheer oor mikro-invloedsfaktore soos lewenstyl het. Dit moet benadruk word dat die rol van beide makro- en mikro-invloedsfaktore ewe belangrik is. Navorsing oor die sosio-ekonomiese stand van ontwikkelde lande teenoor ontwikkelende lande (Wong & Donnan 1992:148) toon dat kinders in arm gemeenskappe op 'n vroeë ouderdom sterf weens verskillende omgewingsfaktore, terwyl vermoënde mense, ongeag nasionaliteit, op 'n hoër ouderdom sterf as gevolg van kroniese hartsiektes wat met 'n Westerse lewenstyl verband hou.

4.3.1 Moontlike makro-invloedsfaktore

'n Wye verskeidenheid algemene faktore behoort in die beplanning van gesondheidsopvoedingprogramme in ag geneem te word. Sodanige makro-invloedsfaktore sluit regeringsbeleid oor gesondheidsdienste, demografiese kenmerke van 'n land, die gesondheidstatus van die bevolking, nasionale standaarde vir gesondheidsorg, die bereidwilligheid van individue en gemeenskappe om self verantwoordelikheid vir sekere aksies te aanvaar, kultuur, geletterdheid, die ouderdom en geslag van verskillende teikengroepe asook die beskikbaarheid van water, behuising, energiebronne en voedingsbronne in (Muir Gray & Fowler 1984:17; Greene & Simons-Morton 1984:53-81).

In hierdie ondersoek kan volledige aandag nie aan al die verskillende makro-invloedsfaktore gegee word nie. Vanweë die fokus op boodskaptoepaslikheid in

mediagebruik word die aandag beperk tot die rol van opvoedingsvlak en geletterdheid, asook die verskynsel van toepaslike tegnologie.

4.3.1.1 *Die rol van opvoedingsvlak en geletterdheid*

Daar is reeds tevore gewys op die rol van kennis in hedendaagse gesondheidsopvoeding (vide; h2:40). Gepaardgaande hiermee behoort die opvoedingsvlak en geletterdheid van verskillende teikengroepe deeglik in ag geneem te word. Volgens Redman (1988:168) bestaan daar 'n direkte verband tussen gemeenskappe se kennisvlak en die bewustheid van beskikbare media vir gesondheidsinligting in die betrokke gemeenskappe. Die rol van geletterdheid, of eerder ongeletterdheid, is veral belangrik in ontwikkelende lande. Volgens (Wagner 1987:4) varieer die vlak van ongeletterdheid in ontwikkelende lande van Afrika en Asië tussen vyf-en-dertig tot vyf-en-vyftig persent. Na beraming is 65 miljoen volwassenes wat nie kan lees of skryf nie sedert 1985 by die wêreldbevolking gevoeg is (PRODDER Newsletter, Vol 5, No 3, Aug 1993:5). Die voorkoms van armoede, wanvoeding en hoë kindermortaliteit hou direk verband met die vlak van ongeletterdheid in ontwikkelende gemeenskappe (Steyn 1987:47-53; Thomas & Startup 1991:111-116).

Ongeletterdheid het ook geen geringe rol in wanopvattinge oor VIGS en die voorkoming van seksueel-oordraagbare siektes onder spesifieke groepe nie. 'n Sprekende voorbeeld is die volgende wanopvattinge van jong mans in Tanzanië, wat glo dat, "...You cannot get AIDS from fat women, at weekends, from women from rural areas or from schoolgirls" (Nicoll *et al.* 1993:233-234). Schurink (1993:1-2) noem verder dat straatkinders in Suid-Afrika die wanopvatting het dat mense wat bloot gesond lyk, onmoontlik VIGS sal opdoen. Daarom word VIGS al hoe meer as "die siekte van arm en minder opgevoede mense" beskou.

Ongeletterdheid lei tot legio kommunikasieprobleme in ontwikkelende lande. In dié verband beskryf Lamb (1990:275) die effek van ongeletterdheid op die vestiging van wanpersepsies rondom gesondheid en siekte in Afrika soos volg: "In movie theaters and on billboards across the continent, Africans are bombarded with messages that various drugs can restore youthful vigor, sexual potency, even mental alertness. Most of the advertisements are outright lies, yet Africans in huge numbers turn to these 'miracle drugs' to cure everything from ankle sprains to polio". In hoofstuk ses word hierop uitgebrei.

Aan die positiewe kant bestaan daar bewyse dat opvoeding en geletterdheid vroue se vermoë om 'n gesonde lewenstyl in die gesinslewe te kweek en optimale voordeel uit beskikbare inligtingsbronne te trek, verbeter (Olson & Sims 1980:157). Op sy beurt stel 'n verhoogde gesondheidstatus kinders in staat om hul skoolastiese prestasie te verbeter (World Bank Report 1994:43). Dit word bereken dat een jaar addisionele formele onderwys by vroue gemiddeld 10 persent verlaging in kindermortaliteit by kinders onder vyf jaar te weeg bring (Cleland & Ginnekan 1988:1357).

4.3.1.2 *Die verskynsel van toepaslike tegnologie*

Op die oog af is die verband tussen toepaslike tegnologie en gesondheidsopvoeding nie duidelik nie. Die vraag na toepaslike tegnologie het sy ontstaan in die ekonomiese ongelykheid tussen ontwikkelde lande en ontwikkelende lande, asook die feit dat ontwikkelingshulp deur tegnologie-oordrag in die verlede nie hierdie gaping doeltreffend oorbrug het nie. Daarom is toepaslike tegnologie ook 'n belangrike hoeksteen van primêre gesondheidsorg (vide, h 1:13). Voorbeelde van internasionale organisasies wat hulle vir die ontwikkeling van toepaslike tegnologie beywer, is die ***Appropriate Health Resources and Technology Action Group (AHRTAG)*** in Londen (Folmer *et al.* 1992:56) en die ***Regional Appropriate Technology Information Service (RATIS)***, 'n netwerk van instellings en belangegroepe in Oos-Afrika en Suider-Afrika wat kundigheid en inligting op hierdie gebied met mekaar deel (De Vries & Venter 1992).

Die Duitse ekonoom, Fritz Schumacher, het in sy bekende baanbrekerswerk, ***Small is Beautiful*** (1974:128), oorspronklik die term "intermediêre tegnologie" geformuleer om tegnologie wat vir ontwikkelende gemeenskappe geskik is, te beskryf. Die begrip "toepaslike tegnologie" word egter deesdae verkies (Kerr 1982:228; Hackbarth 1985:35; Budgett-Meakin 1992:14). Binne hierdie konteks dui toepaslike tegnologie op tegnologiese middele wat:

- * vir die doel waarvoor dit gebruik word in onderontwikkelde gemeenskappe geskik is;
- * ingeskakel is en aangepas word by die sosio-kulturele omstandighede van die betrokke gemeenskap;
- * bekostigbaar is in ag genome die ekonomiese vermoëns van individue en die gemeenskap;
- * hoofsaaklik die produk van plaaslike inisiatief is en van plaaslik hulpbronne gebruik;
- * polities verantwoordbaar is deur landsbelange te dien; en
- * aan bepaalde kwalitatiewe standaarde meetbaar is (Elliot 1985:1).

Dit is belangrik om daarop te wys dat die begrip toepaslike tegnologie ook na die sosiale prosesse in gemeenskapsontwikkeling verwys. 'n Voorvereiste vir die generering van toepaslike tegnologie is juis gemeenskapsdeelname met die oog op aanvaarding en besitname van nuwe tegnologie wat ontwikkel word (Kerr 1982:231; Hackbarth 1985:36; Fawson & Smellie 1990:20). Werner en Bower (1982:15/1) vat die betekenis van die begrip toepaslike tegnologie kernagtig saam, deur daarna te verwys as effektiewe laekoste-aksies wat deur mense op plaaslike gemeenskapsvlak beheer en bestuur kan word.

Enkele voorbeelde van toepaslike tegnologie vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande is die "cinema donkey" projek in Kenia waar die toerusting vir rolprentvertonings in afgeleë gebiede met behulp van donkies vervoer word (Henrich 1989:10-

11), en die gebruik van fietse as vervoermiddels vir VIGS-voorligting op die platteland in Zimbabwe (Tapera 1995). Die opwenradio ("clockwork radio") wat in Suid-Afrika geproduseer word vir gebruik in huise waar geen elektrisiteit beskikbaar is nie, is ook 'n voorbeeld van toepaslike tegnologie vir die spesifieke behoeftes en omstandighede in ontwikkelende lande. Verder noem Redman (1988:8) dat toepaslike tegnologie vir gebruik deur leke in eenvoudige prosedures soos die monitering van urineweginfeksie, swangerskap en hipertensie sedert die middel tagtigerjare al hoe meer op die toneel verskyn.

4.3.1.3 Die proses en produk van tegnologie-oordrag

Tegnologie-oordrag is 'n bekende strategie in die ontwikkeling van toepaslike tegnologie wat in hierdie ondersoek nie volledig beskryf kan word nie. Dit lei tot vernuwing weens die behoefte aan *nuwe* produkte en wetenskaplike prosesse, die *verbetering* van bestaande produkte en prosesse, asook die *aanpassing* van beskikbare produkte en prosesse by spesifieke omstandighede, byvoorbeeld in 'n ontwikkelende gemeenskap. Tegnologie-oordrag word omskryf as die proses waardeur 'n nuwe uitvindsel oorgedra word van een land of onderneming na 'n ander, gepaardgaande met die bestuur en manipulasie van beskikbare hulpbronne, asook die beheer oor kennis aangaande die betrokke tegnologie (Aucamp 1981:18). Hiervolgens vind tegnologie-oordrag nie uitsluitlik tussen 'n organisasie of land met hoë tegnologiese vermoëns of kennis en 'n organisasie of land met 'n lae ontwikkelingsvlak plaas nie, maar kan dit ook tussen verskillende ontwikkelende lande onderling plaasvind.

In die praktyk behoort verskillende bepalende invloedsfaktore by tegnologie-oordrag oorweging te geniet. Algemene voorvereistes vir suksesvolle tegnologie-oordrag is die toeganklikheid tot nuwe tegnologie, die bewustheid van beskikbare tegnologie by potensiële gebruikers, die oorbrugging van weerstande teen verandering, asook die kulturele kontekstualisering van nuwe tegnologie (Tomba 1991:31-35). Hierbenewens bestaan daar 'n verskeidenheid spesifieke faktore wat in die oordrag van onderwystegnologie van ontwikkelde lande na ontwikkelende lande kan beperk, vertraag of verhinder. Sodanige faktore sluit die volgende in:

- * Verskuilde motiewe van tegnologieverskaffers.
- * Onvoldoende fondse om 'n media-infrastruktuur te vestig, in stand te hou en tegnologiese vernuwing deur te voer.
- * Mediagebruikers se gebrek aan gespesialiseerde kennis en vaardighede oor verskillende mediafasette.
- * Die negatiewe houding van mediagebruikers wat tegnologie as 'n bedreiging, eerder as bate beskou.
- * Die lae kwaliteit en ontoepaslikheid van sommige programmatuur en apparatuur vir behoeftes in ontwikkelende lande.
- * Die gebrek aan media-ondersteuning en institusionele verbintenis tot tegnologiese vernuwing.

- * Die ontoeganklikheid van of tekort aan tegnologie, mediaspesialiste en opleiding van mediagebruikers.
- * Wetlike en administratiewe rompslomp asook organisatoriese ondoeltreffendheid (Whitten 1992:19-24; Maskaliunas & Jankauskas 1995:5-10).

Dit is reeds tevore gestel dat die begrip toepaslikheid by mediagebruik in gesondheidsopvoeding van toepassing is (vide, h1:8). Hierdie verskynsel kom onder andere ter sprake in die ontwikkeling van toepaslike onderwystegnologie vir ontwikkelende lande (vide, h1:22). Volgens Michel (1987:18-22) kan die verskeidenheid invloedsfaktore by oordrag van onderwystegnologie van ontwikkelde na ontwikkelende lande tot twee basiese bepalende faktore gereduseer word, naamlik: i) doeltreffendheid ("effectiveness" en "efficiency"), asook ii) populariteit, met ander woorde die mate waarin onderwystegnologie in 'n spesifieke omgewing ondersteuning geniet en dikwels gebruik word.

Die oordrag van onderwystegnologie tussen ontwikkelde lande en ontwikkelende lande sedert die vroeë sewentigerjare toon insiggewende suksesverhale. Terselfdertyd het menige mislukkings bewys dat beskikbare tegnologie van die ontwikkelde lande nie sonder meer, met dieselfde mate van sukses in ontwikkelende lande toegepas kan word nie (Kerr 1982:32; Elgabri 1983:14-15; Akinyemi 1988:32-42; Hungwe 1989:22-23). 'n Kompliserende faktor is dat die implementering van onderwystegnologie in ontwikkelende lande relatief laat in vergelyking met industriële lande begin het. In die Verenigde State van Amerika is die onderwys deur vier duidelik onderskeibare ontwikkelingsfases gekenmerk, naamlik i) die oordrag van formele onderwys van die ouerhuis na die onderwysinstellings; ii) die gebruik van die geskrewe woord as onderrigmedium; iii) die wye beskikbaarheid en verspreiding van boeke as hulpbronne vir onderrig en leer; en iv) die onderwystegnologiese revolusie. In vergelyking hiermee word die Suid-Afrikaanse onderwysstelsel gekenmerk deur die gelyktydige, soms parallelle, ontwikkeling van al vier genoemde fases (Pittendrigh 1981:21). Enersyds vind strategiese beplanning plaas vir die transformasie van onderwysvoorsiening om onderwysgeleenthede vir alle landsburgers toeganklik te maak. Op tegnologiese vlak word die ontwikkelingsproses deur uiterstes gekenmerk. Terwyl basiese hulpbronne soos fasiliteite en gedrukte handboeke in menige afgeleë gebiede steeds ontbreek, word die nuutste gesofistikeerde kommunikasietegnologie soos interaktiewe televisie-onderrig en elektroniese pos by sommige onderwysinstellings aangewend om kwaliteit onderrig as't ware na die leerder te bring (Botha 1993:6-22; Langa & Conradie 1996:4-5).

Teen die agtergrond van die voorafgaande grondbeginsels is die aanpassing van verskillende mediaboodskappe om die behoeftes en vermoëns van verskillende teikengroepe binne multikulturele ontwikkelende gemeenskappe te akkommodeer 'n faset van tegnologie-oordrag. Ely (1989:26) gee met die volgende opmerking aanduiding hiervan: "For most materials, this cosmetic (translation) change is not enough. It often

neglects the cultural subtleties and deep-rooted value systems that are fundamental to education in any country".

Die beginsels van toepaslike tegnologie is uiteraard ook in gesondheidsopvoeding van toepassing (Foley & Smolansky 1980:150-151; Werner & Bower 1982:15/1; Morley & Savage-King 1984:61-62; Robson 1989:64-71; Johnson & Levitan 1992:121-125). Daar is tevore daarop gewys dat gevorderde onderwystegnologie 'n plek in ontwikkelende lande het en inligtingoordrag vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande suksesvol deur middel van laetegnologie kan plaasvind (vide, h1:21). Gordon (1986:95) rapporteer verder dat 'n positiewe verandering in die gesondheidsgedrag van 'n gemeenskap onmiddellik na afloop van 'n poppespel sigbaar was want, "... 403 people queued up for a smallpox vaccination after a puppet play in India". Levin (1996:282) het verder bevind dat eenvoudige piktogramme op registerstrokies by voedselafsetpunte kan bydra om 'n groter bewustheid oor gebalanseerde dieet onder laag geletterde persone te vestig - toepaslike gedragsverandering is by vier-en-sestig persent van die groep respondente gerapporteer.

4.3.2 Moontlike mikro-invloedsfaktore

Soos reeds aangetoon, sentreer mikro-invloedsfaktore om faktore waaroor die mens self 'n groter mate van beheer het. Die belangrikste algemene faktore in hierdie verband word uitgelig.

4.3.2.1 *Kennis*

Daar bestaan dikwels 'n noue verband tussen geletterdheid, kennis en persoonlike gesondheidstatus, want opgevoede mense is meer in staat om ingeligte besluit oor persoonlike gesondheidsake te neem (World Development Report 1993:43). Relevante pre-operatiewe en post-operatiewe inligting kan pasiënte se stresvlak verlaag, herstel na afloop van siekte of 'n kliniese ingreep (byvoorbeeld 'n operasie) versnel, persoonlike satisfaksie met gesondheidsdienste verhoog, en hulle instemming tot navolging van bepaalde medikasievoorskrifte verbeter (Dropkin 1981:103-106; Cassileth *et al* 1982:54-59; Kempson 1987:182-183). Manning en Lee (1988:153) se navorsing toon dat diabetes wat voldoende oor diabetes mellitis ingelig is, meer gemotiveerd en gevolglik beter in staat is om hulle lewenstyl aan te pas by die eise wat hierdie siekte meebring.

Dit kan egter nie aanvaar word dat 'n beter ingeligte persoon noodwendig 'n gesonder lewenswyse sal lei nie. Volgens Backett (1992:55-59) kan duidelike verskille geïdentifiseer word in wat individue dink hulle *behoort* te doen om persoonlike gesondheid te verbeter, wat hulle *dink* hulle doen, en wat hulle inderdaad *doen*. Hieroor rapporteer Backett (1992:55) ook dat middelklas-volwassenes en kinders se kennis oor gesonde lewenstyl nie in gepaste gedragsverandering neerslag gevind het nie, selfs nie in 'n gunstige omgewing vir die bevordering van 'n gesonde lewenstyl nie. Aansluitend hierby het Phillips (1989:26) bevind dat inligting oor metodes van "veilige seks" slegs

geringe impak by 'n groep prostitute gehad het, omdat die groep se lewenstyl geïgnoreer is.

Soos tevore bespreek (vide, h2:40) gaan dit in gesondheidsopvoeding onder andere om die vermoë tot ingeligte besluitneming - as't ware bemagtiging deur die oordrag van kognitiewe kennis in die praktiese hantering van daaglikse lewensprobleme wat met persoonlike gesondheid en siekte te make het. Gevolglik is die spreekwoord "Kennis is Mag" inderdaad in gesondheidsopvoeding geldig (Ram 1989:8-9).

In hierdie konteks verwys kennis eerstens na 'n persoon se vermoë om inligting oor een of ander gesondheidsonderwerp akkuraat weer te gee. Gesondheidskennis impliseer ook die vermoë om spesifieke feite met wyer konsepte of beginsels rondom siekte en gesondheid in verband te bring. Alhoewel kennis as't ware die boustene van gesondheidsopvoeding vorm, verteenwoordig gesondheidsinligting 'n omvattende en komplekse spektrum onderwerpe. Inligting oor gesondheid en siekte oorspan verskillende dimensies wat vervleg is in lewenstyl (Greene & Simons-Morton 1984:161-162).

4.3.2.2 Vaardighede

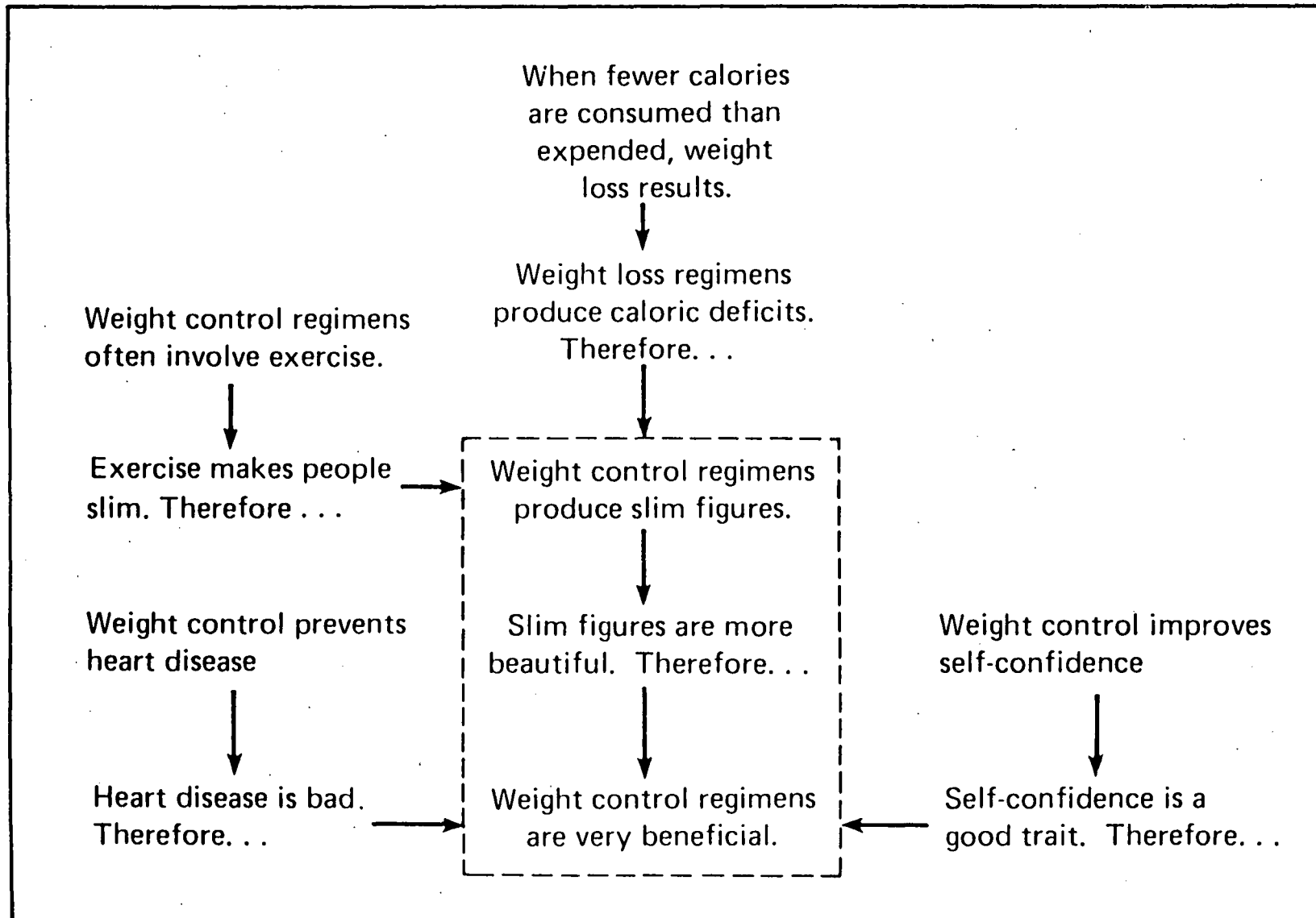
In gesondheidsopvoeding verwys vaardighede eerstens na spesifieke psigomotoriese vaardighede soos die vermoë om 'n drenkeling te resussiteer, 'n rolstoel korrek te hanteer of 'n protese te manipuleer. Vaardighede het ook 'n wyer betekenis, byvoorbeeld interpersoonlike kommunikasievaardighede in pasiëntonderhoudvoering en ontspanningsoefeninge vir streshantering (Greene & Simons-Morton 1984:162-163).

4.3.2.3 Houding

In gesondheidsopvoeding verwys die begrip houding na 'n relatief konstante stel oortuigings wat met persoonlike waardes en motivering verband hou (Downie *et al.* 1991:98-101). Spesifieke houdings oor gesondheidsaspekte hou verband met persoonlike oortuiging wat deur ander oortuigings (kognitief-intellektueel, affektief of motiverend) gekomplimenteer word (Redman 1988:92-93). Figuur 4.3 (p.87) illustreer byvoorbeeld die rol van persoonlike opvattinge oor gewigverlies en voorkoms (aangetoon binne die reghoek met 'n gebroke lyn), in samehang met ander sekondêre invloedsfaktore (aangetoon buite die reghoek). Daarvolgens bestaan daar 'n prosesmatige verband en interaksie tussen verskillende faktore wat tot 'n bepaalde gesondheidsverwante opvatting lei. In leketaal sou hierdie komplekse situasie soos volg geformuleer kon word: "Gesonde eetgewoontes en gereelde oefening hou die liggaam slank. 'n Slank figuur is mooi. Daarom is gesonde eetgewoontes en oefening goed". Houding as invloedsfaktor in gesondheidsopvoeding kan dus omskryf word as 'n relatief konstante stel oortuigings wat met waardes en motivering verband hou.

Aanduidinge bestaan dat houding in alle leertake oor gesondheid en siekte sterk na vore tree, alhoewel kennis, vaardighede of gedragsverandering in sommige situasies die primêre doel is. Spesifieke houdings wat met gesondheidsgedrag verband hou, kan

Figuur 4.3 Die invloed van opvattings en houding in gezondheidsgedrag (Greene & Simons-Morton 1984:166)



in bepaalde situasies versterk word, terwyl houdings in ander omstandighede negatief beïnvloed kan word. 'n Verwagende moeder kan byvoorbeeld tydens 'n voorgeboortekliniek oortuig wees dat borsvoeding haar baba se gesondheid sal bevoordeel, maar uiteindelik daarvan afsien omdat haar eggenote dié praktyk afkeur. Volgens Redman (1988:92) is 'n klinkklare oorsaaklike verband tussen kennis, houding en gesondheidsgedrag egter nog nie voldoende deur navorsing bewys nie.

Dit is insiggewend dat persoonlike houdings ook 'n bepalende invloed op die vertolking van mediaboodskappe het. Volgens Box *et al.* (1993:30) is subjektiewe houdings en persepsies soms so sterk, dat dit die rasonale benadering tot interpretasie van inligting kan omvergooi, want "... (w)hat intellectuals try to understand, the people feel". Livingston (1993:190) gee 'n sprekende voorbeeld met verwysing na die wanopvatting van jong mans in Dar es Salaam ten opsigte van VIGS, naamlik die verklaring van woord AIDS (in Kiswahili: Acha Iniue Dogedego Siachi) dui op "Let it kill me as I will never abandon the young ladies". Spesifieke houdings kan met ander woorde persoonlike gesondheid bevorder of benadeel. In die lig hiervan is verskeie navorsingsprojekte reeds onderneem om die rol van houdings in die effek van mediaboodskappe in gesondheidsopvoeding te bepaal, byvoorbeeld ten opsigte van rookvoorkoming (Baggaley 1986), VIGS-bewustheid (Baggaley 1989; Gunter *et al.* 1993) tienerseksualiteit (Woodcock *et al.* 1992) en servikale kanker (Sullivan & West (1988).

4.3.2.4 Waardes

Waardes verwys na voorkeerprioriteite vir bepaalde individue en groepe, organisasies of gemeenskappe, byvoorbeeld die behoud van christelike lewenswaardes, waarheid, integriteit, betroubaarheid en individuele menseregte. Waardes kan in standpunte oor spesifieke lewensaktiwiteite soos die beoefening van 'n bepaalde professie, sport of stokperdjie manifesteer. Dit is bekend dat duidelike verskille in die sosio-kulturele waardes van Westersgeöriënteerde gemeenskappe, ter onderskeid van die waardeoriëntering in ontwikkelende gemeenskappe van Afrika, met betrekking tot gesondheid en siekte voorkom (Chalmers 1990:1; Van Rensburg *et al.* 1992:315-340).

Dit is opmerklik dat waardes gewoonlik neerslag vind in die spesifieke emosies en gedrag van diegene wat die betrokke waardes huldig, byvoorbeeld wanneer vroueregte oor die vrye keuse tot aborsie of vrye beskikbaarheid van kontraseptiewe middels aan tieners ter sprake kom. Waardes het dus 'n blywende sowel as 'n veranderlike karakter.

4.3.2.5 Oortuiging en opvattings

Die betekenis van oortuiging en opvatting in gesondheidskonteks dui op 'n persoonlike opinie oor die verband tussen bepaalde verskynsels, byvoorbeeld die verband tussen gereelde fisiese oefening en gesondheid, of tussen die rookgewoonte en kardiovaskulêre siekte. Oortuigings het beide 'n kognitiewe en affektiewe dimensie. Die kognitiewe sy verwys na individue se opvattinge oor spesifieke sake, byvoorbeeld

die aanvaarbaarheid van aborsie op aanvraag. Die affektiewe sy dui op die mate waarin individue 'n bepaalde oortuiging as belangrik en/of relevant beskou, byvoorbeeld dat die sosiale genot wat mense uit rook put belangriker is as gesondheidsgevaare wat dit vir die roker en passiewe nie-roker inhou (Greene & Simons-Morton 1984:163-164).

Die bekende *Health Belief*-model beklemtoon die belangrike rol van persoonlike oortuigings in siektevoorkoming. Hiervolgens sal die nodige aksies om eie gesondheid te verbeter moontlik by persone ontbreek, tensy i) die oortuiging bestaan dat hulle 'n bepaalde siekte kan opdoen, ii) die oortuiging bestaan dat hulle gesondheid benadeel kan word deur 'n spesifieke siekte op te doen, iii) die bewustheid bestaan dat sekere aksies geneem kan word om die siekte te voorkom of die effek daarvan te verminder, en iv) die oortuiging bestaan dat die bedreiging om gedrag te verander kleiner as die bedreiging van die siekte op sigself is (Redman 1988:23-26).

Backett en Davidson (1992:55-59) se navorsing oor die rol van inligting in die bevordering van 'n gesonde lewenstyl dui op duidelike opvattingverskille in wat individue dink hulle behoort te doen, wat hulle dink hulle doen, wat hulle bewustelik doen en wat hulle sê hulle doen. Die rol van oortuigings rondom gesondheid en siekte tree ook in 'n multikulturele samelewing na vore. Gayle (1987:77-78) berig byvoorbeeld dat Amerikaanse Negers epidemiologiese statistiek oor die voorkoms van VIGS met agterdog bejeën - dit word beskou as 'n sameswering van blanke magshebbers om etniese groepe wat van hulle self verskil daarvoor te blameer. O'Donoghue (1996:10) rapporteer dat daar wye onkunde oor aspekte van VIGS in Zimbabwe bestaan, want "... many people believed that AIDS was a 'health problem' to be dealt with in medical terms" - die feit is juis dat daar nog geen kliniese effektiewe behandeling om VIGS te genees beskikbaar is nie. Ter beklemtoning dat gesondheidsverwante opvattinge nie in Afrika-gemeenskappe geïgnoreer kan word nie rapporteer Lamb (1990:260) soos volg: "Parents cannot believe that a drop of liquid on a sugar cube can control the evil spirits that cripple their children or that clean drinking water has anything to do with healthy bodies".

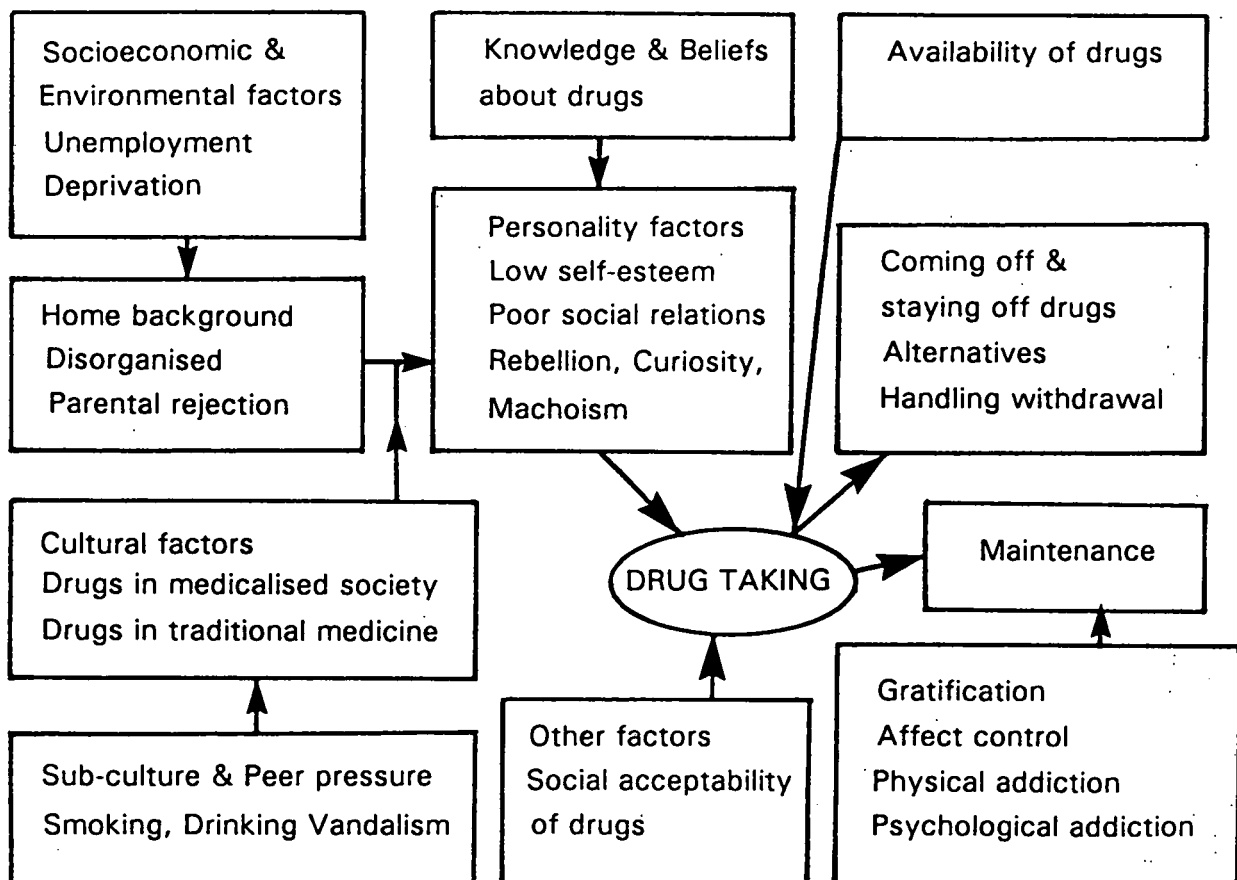
Dit blyk verder dat oortuigings oor 'n bepaalde lewenstyl en gewoontes (byvoorbeeld eetgewoontes) soms so sterk in 'n bepaalde groep of gemeenskap gevestig kan wees dat selfs 'n doelgerigte mediaboodskap in die vorm van oorredingskommunikasie moontlik geen impak op gedragsverandering kan hê nie (Walker *et al.* 1994:2).

4.4 DIE INTERAKSIE TUSSEN VERSKILLENDE INVLOEDSFAKTORE

Die verskillende invloedsfaktore, hetsy op makrovlak of mikrovlak, kan nie in isolasie beskou word nie. Trouens, 'n kombinasie van invloedsfaktore kom meestal in gesondheidsgedrag ter sprake. Só byvoorbeeld, moet 'n diabeet wat self roetinemedikasie toedien *kennis* van vereiste insuliëndosisse, asook *vaardighede* in die korrekte hantering van 'n spuitnaald hê. Op dieselfde wyse staan lewenswaardes, houding en

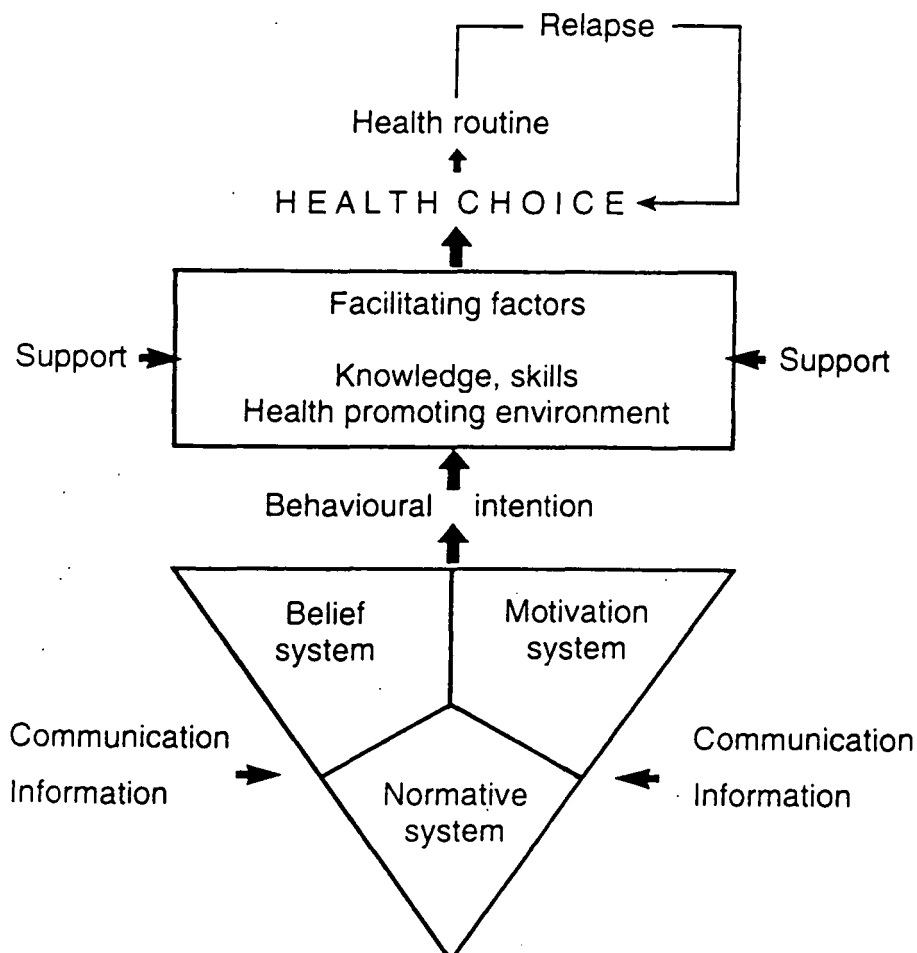
motivering nie los van mekaar nie. 'n Pasiënt kan sekere medikasie gebruik of gereeld afsprake vir behandeling nakom as gevolg van die **oortuiging** dat die spesifieke medikasie en aksie die betrokke siektesimptome kan verlig en die persoon 'n positiewe **houding** teenoor gesondheidsdienste openbaar. Die betrokke pasiënt en sy gesin sou ook op 'n stadium besluit om na 'n nuwe woonbuurt te trek omdat hulle lewenstyl op 'n **waardesisteem** gebaseer is wat voorkeur gee aan 'n onbesoedelde natuurskoon. Navorsing oor rookvoorkoming dui daarop dat opvoedingsprogramme die verwerwing van lewensvaardighede soos die hantering van sosiale- en groepsdruk, eerder as net die voorsiening van inligting, behoort te beklemtoon (Basch 1989:297). Thomas en Startup (1991:111) se navorsing het ook 'n noue wisselwerking tussen opvoedingsvlak, bestaande kennis en houdings van moeders se benadering tot en hantering van hul kinders se gesondheid na vore gebring. Ter aansluiting wys Tones (1986:223-229) daarop dat dwelmmisbruik deur 'n komplekse verskeidenheid invloedsfaktore bepaal word. Hieronder geld die vlak en aard van kennis, houding en opvattinge, asook verskillende sosio-ekonomiese en omgewingsfaktore, persoonlike faktore, kulturele faktore en die beskikbaarheid van dwelms (figuur 4.4). Hieruit blyk dit byvoorbeeld dat werkloosheid, disintegrasie van die gesinseenheid, persoonlike faktore soos swak selfbeeld en groepsdruk tot dwelmmisbruik kan bydra.

Figuur 4.4 Bepalende invloedsfaktore in dwelmmisbruik (Tones 1986:226)



Aansluitend hierby illustreer die bekende **Health Action**-model (figuur 4.5) dat 'n verskeidenheid invloedsfaktore spesifieke besluite en aksies van individue in gesondheidsgedrag bepaal (Tones 1997:789). Drie algemene groepe faktore kan geïdentifiseer word, naamlik persoonlike oortuigings oor gesondheidsverwante sake (vide, par 4.3.2.5, p.88), verskillende motiveringsfaktore soos om persoonlike uitgawes vir gesondheidsdienste te verminder, asook bepaalde normatiewe faktore soos kinders wat ouers se eetgewoontes navolg ongeag die gesondheidsimplikasies daarvan. Uit die betrokke voorstelling blyk dit verder dat sekere gunstige fasiliteringsfaktore in 'n situasie teenwoordig moet wees, alvorens 'n intensie om aksie te neem in definitiewe persoonlike keuses en die sigbare uitvoering daarvan neerslag vind. Sodanige faktore is nuwe kennis oor 'n relevante onderwerp, vaardighede soos probleemoplossing, asook omgewingsfaktore soos groepdruk by tieners. In die proses waarin 'n veranderde lewenstyl gevestig word, gaan die verandering van risikogedrag gepaard met situasies waar die individu as't ware terugval na die ou weë, tot tyd en wyl die nuwe gewenste gedrag 'n roetinevorm aanneem. Daarom is besluitneming in hierdie situasie afhanklik van verskillende vorme van ondersteuning soos hulp en leiding deur 'n simpatieke ouer of onderwyser. Daarom is doeltreffende kommunikasie ook 'n belangrike bepalende faktor in hierdie model.

Figuur 4.5 Bepalende invloedsfaktore in gesondheidsaksie (Tones 1997:789)



4.5 FOKUS OP SOSIO-KULTURELE INVLOEDSFAKTORE

Verskillende faktore wat met kultuur (vide, Bylae 1A, p.28) verband hou, is een van die belangrikste fokuspunte in hedendaagse gesondheidsopvoeding, omdat die relevansie van programme deur sosio-kulturele sensitiwiteit verhoog word. Hubley (1994:24) verduidelik: "What may seem to us irrational behaviour by the community can actually involve deliberate and rational decisions based on the community's own perceptions of their situation and needs". Daar bestaan uiteenlopende sienings onder verskillende kulture en subkulture in die gemeenskap, selfs tussen verskillende generasies binne een gesin, oor die oorsake en mees effektiewe behandeling van spesifieke siektetoestande, soos bylae 4A (p.101) illustreer (Backett & Davidson 1992:55-59; Dickinson & Bhatt 1994:421-429). Dit blyk ook dat sosio-kulturele aspekte van gesondheid en siekte in Afrika nie sonder meer geïgnoreer kan word nie, want volgens Staugard (aangehaal deur Kriel & Saayman 1992:33) word die gesondheidsprofessies op hierdie kontinent met twee uiteenlopende benaderings tot gesondheidsorg in die sin van "...two health care systems and a cultural dilemma" gekonfronteer.

Die bestudering van verskillende sosio-kulturele aspekte van gesondheid en siekte hou bepaalde voordele in, want sodoende word:

- i) die rol van kultuur in siekte en gesondheid beklemtoon;
- ii) insig in die houdings, waardes en opvattinge van bepaalde individue en gemeenskappe oor siekte en gesondheid verbeter;
- iii) die relevansie van strategieë vir gesondheidsbevordering en -opvoeding verhoog; en
- iv) verskillende modelle in gesondheidsorg (byvoorbeeld die Westerse benadering teenoor tradisionele geneeskunde) oorbrug deur blootstelling aan alternatiewe benaderings, metodes en tegnieke vir mediese sorg (Turner & Chavigny 1988:138; Pahnos 1992:24-26).

Uiteindelik kan boodskaptoepaslikheid in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding ook nie van verskillende teikengroepe se sosio-kulturele agtergrond los gemaak word nie, want "...the nature of the audience is important in communication, since it determines to some degree what message will be conveyed, how, and by whom" (Hicks et al. 1988:16). In die hieropvolgende paragrafe word slegs oorsigtelik na sekere sosio-kulturele invloedsfaktore by gesondheid en siekte gekyk.

4.5.1 Verskille tussen Westerse en tradisionele geneeskunde

Die verskillende denkwyses van Westerse geneeskunde, teenoor die benaderings van alternatiewe en tradisionele geneeskunde verdien eerstens aandag. Rationele denke en wetenskaplike objektiwiteit is kenmerkende tradisies van die Westerse biomediese sorgmodel waarin ook 'n hoë premie geplaas word op die rol van 'n effektiewe teg-

nologie-gebaseerde infrastruktuur. In sy mees ekstreme vorm word die pasiënt volgens Saayman en Kriel (1991:40) se beskrywing vergelyk met "...'n masjien en siekte die gevolg van beskadigde onderdele wat deur die geneesheer herstel moet word". Genesing van siektes berus op chemiese of chirurgiese intervensies deur hoofsaaklik goed gekwalifiseerde spesialiste wat gedoen behoort te word binne die kliniese (dikwels onpersoonlike) omgewing van 'n kliniek of hospitaal.

Tradisionele geneeskunde is een van verskeie manifesterings van alternatiewe gesondheidsorg, en volg 'n kenmerkende holistiese benadering wat alle simptome van siekte en gesondheid toeskryf aan die mate van harmonie tussen verskillende kosmiese lewenskrigte. Daarvolgens kan siekte verskeie oorsake hê, onder meer bonatuurlike kragte (byvoorbeeld wit en swart magie), voorouergeeste, oortreding van kulturele taboes of versuim van sosiale of godsdienstige verantwoordelikhede (byvoorbeeld diefstal, moord of owerspel, 'n gewyde plant of boom af te kap of 'n heilige dier dood te maak). Gevolglik behels die behandeling van siektes nie alleen die herstel van harmonie binne die liggaam self nie, maar ook tussen die mens en sy omgewing, asook tussen mense onderling. Daarom lui 'n bekende Afrika-spreekwoord: "'n Mens is 'n mens deur ander mense". By implikasie volg die holistiese benadering van Afrika dat 'n "gesonde" mens die produk van 'n "gesonde" gemeenskap is, en nie die teenoorgestelde nie, want daar word telkens op die totale menslike situasie wat tot 'n siekte kan lei, gefokus (Shorter, aangehaal deur Saayman & Kriel 1992:45). Dit blyk dus dat die begrip gesondheid in Afrika-konteks 'n veel omvattender betekenis het as wat die Westerse beskouing daaraan heg, terwyl beide die Westerse en tradisionele geneeskunde eiesoortige benaderings het.

4.5.2 Kultuurverwante opvattings oor seksualiteit en die huwelik

Van die mees tiperende voorbeelde van kultuurbeïnvloeding in gesondheidsopvatting handel oor opvattinge rondom die huwelik, seksuele praktyk en geboorte, soos geïllustreer in die volgende mededeling: "A 28 year-old man from Iran who had been through political turmoil in Iran did not think it was appropriate for the psychiatrist to ask him: 'How is your sexual relationship with your wife?'. A Spanish-speaking woman from El Salvador was confused by the fact that even the female physician recommended a hysterectomy for her heavy menstrual bleeding" (Chugh *et al.* 1993:90).

In Afrika- en Asiatiese gemeenskappe word die vrou se sosiale status grootliks deur die aantal kinders wat sy baar, bepaal - kinders word gesien as Goddelike gawes (Bunting 1984:100-101). 'n Jong vrou wat nie kan kinders baar nie, is 'n verleentheid vir haar man en familie, daarom word die hulp van tradisionele genesers verkry om (die "siekte") onvrugbaarheid te genees. Poligamie kom algemeen voor in tradisionele kulture, want seksuele verhoudings buite die huwelik word as noodsaaklike alternatief gesien wanneer die vrou nie kan kinders baar nie. Mans het meestal alleen seggen-

skap oor besluite rondom seksuele omgang en die vrou se opinie word weinig in ag geneem. Op dieselfde wyse waarin die aantal kinders wat gebore word 'n bewys van jong meisies se seksuele vrugbaarheid is, is die aantal seksuele verhoudings bewys van die seun se veriliteit en manlikheid. Gevolglik word seuns reeds vanaf vroeë tienerjare aangemoedig om seksueel te eksperimenteer en sodoende hulle vrugbaarheid te bewys, want daarmee word die vooruitsig op 'n suksesvolle huwelik vergroot. Vanweë hierdie beskouing oor seksuele vrugbaarheid weier menige jong meisies in tradisioneel Afrika-gemeenskappe beswaarlik enige seun se poging tot geslagsverkeer uit vrees vir sosiale verwerping (Preston-Whyte 1992:10-11).

Gepaardgaande met dié spesifieke seksualiteitsbeskouing is gesinsbeplanning en kontrasepsie aanvegbare praktyke. Opvoeding oor kontraseptiewe metodes word bevraagteken, selfs met sterk weerstand begroet. Tieners ontvang weinig geslagsopvoeding, want menige ouer glo steeds dat enige kennis oor seksualiteit seksuele eksperimentering sal bevorder, soos Preston-White (1994:11) verder rapporteer: "Like parents worldwide, the cry of many parents is for teenagers to be kept ignorant of sex as the way to avoid pregnancy". Dieselfde geld vir aksies ter voorkoming van seksueel-oordraagbare siektes. Die genoemde skrywer rapporteer ook dat tieners in bepaalde etniese groepe nie net seksueel aktief is nie, maar weinig, indien enige, die kondoom as kontraseptiewe metode gebruik. In dié verband bestaan daar ander belangrike verbandhoudende invloedsfaktore soos godsdiensoortuiging. Voorbeelde hiervan sluit die invloed van die Joodse geloof op die betrokke gemeenskap se weerstand teen kontraseptiewe metodes, vasektomie, kunsmatige insiminasie in (Galli *et al.* 1987:177-180).

4.5.3 Kultuurverwante opvattinge oor voeding

Voeding is 'n ander onderwerp waar die invloed van sosio-kulturele faktore sterk na vore tree. Publieke persepsies oor dieet wissel van simplistiese beskouings soos, "Eet meer, word meer gesond" tot die bekende uitgangspunt wat gebalanseerde dieet beklemtoon: "Mense is wat hulle eet" (Todd & Gelbier 1988:149-153). Oor die algemeen geld die beginsel dat mense nie eet wat hulle nie ken nie, waarvan hulle nie hou nie (in terme van 'n besondere smaak, tekstuur en idee), of wat hulle glo "ongesond" is nie (Mares *et al.* 1985:119). 'n Studie in die Verenigde Koninkryk het Asiatiese gemeenskappe se opvatting na vore gebring dat bevrore kos geen voedingswaarde het nie, want hulle glo dat, "...all the goodness goes into the ice" (Hillier 1991:157). 'n Ander studie deur Furnham en Baguma (1994:81-89) toon duidelike verskille in die opvattinge van Ugandese studente teenoor studente in Europa oor stereotipes ten opsigte van die ideale liggaamsbou en fisiese kenmerke van aantreklikheid.

Die omvang van beide ondervoeding en wanvoeding in Afrika is algemeen bekend. 'n Belangrike oorsaak van kinders se ondervoeding is die tradisionele gebruik dat die vader die mees bevoorregte persoon in die gesin is. Daarom eet die mans eerste, en

daarna die vroue, terwyl die kinders die oorskot kry. Kostaboe's dra ook by tot wanvoeding. In sommige gemeenskappe word eiers en/of vleis van kinders weerhou weens die opvatting dat dit lei tot kleptomanie. In ander gevalle word eiers van jong meisies weerhou omdat dit na bewering onvrugbaarheid kan veroorsaak (Bissonette & Alvarez 1991:51-52).

Voorkeur aan of afkeur van borsvoeding het ook 'n duidelike sosio-kulturele grondslag. Vroue wat borsvoeding verkies, het byvoorbeeld gewoonlik 'n hoër sosio-ekonomiese status, is goed ingelig, het 'n hoër opvoedkundige peil en word hierin ondersteun deur vriende en die familie, veral die eggenoot (Rousseau *et al.* 1982:701-704). In Suid-Afrika wen borsvoeding onder stedelike gemeenskappe veld weens groter ingeligtheid oor die gesondheidsvoordele vir die baba. Terselfdertyd is spesifieke beperkende kulturele faktore volgens Kuzwayo (1992:22) geïdentifiseer: "A cultural concept - where the breasts are perceived primarily as sex symbols and therefore must be 'decently hidden' has spread from Europe and North America to affect the Westernised elite in developing countries". In Lebowa is gevalle gemeld waar moeders bottelvoeding verkies weens die opvatting dat slegte eienskappe van die moeder aan die baba sodoende nie oorgedra kan word nie (Bergh 1986:105-107). 'n Laaste bevestiging in hierdie verband is die rol van bepaalde godsdiensoortuigings in die regulering van sommige dieetpraktyke. Onder die bekendste voorbeelde is verskillende "Kashruth" en "halaal" voorskrifte in onderskeidelik die Joodse en Moslemgemeenskappe (Galli *et al.* 1987:178; Dickinson & Bhatt 1994:421-429; Myerscough & Ford 1996:220-222).

4.5.4 Die wyer invloed van tradisionele geneeskunde

Te midde van die verskille in die gesondheidsbeskouings asook praktyke van Westerse geneeskunde teenoor alternatiewe geneeskunde, is daar 'n merkbare neiging tot wyer benutting van alternatiewe geneeskunde en tradisionele geneeskunde in samehang met die Westerse model van biomediese geneeskunde (Katoh 1995; Hopa 1997). Verskeie faktore dra by tot hierdie tendens.

Die Wêreld Gesondheidsorganisasie is 'n sterk voorstander van die wyer benutting van tradisionele gesondheidsorg, omdat tradisionele geneeskunde vir groot dele van die bevolkings in ontwikkelende lande die enigste beskikbare en toeganklike mediese sorg is (Bibeau 1979:182-186; Hopa 1977:18). Simons (aangehaal deur Van Rensburg *et al.* 1992:339) kom tot die gevolgtrekking dat tradisionele geneeskunde ongetwyfeld 'n rol in die strewe tot *Gesondheid vir Almal teen die Jaar 2000* kan vervul, want "...traditional medicine continues to bring comfort and some relief to many, perhaps most, Africans". Suid-Afrika het in 1982 deur die Wet op Geassosieerde Gesondheidsberoep wetlike status aan alternatiewe gesondheidsorg verleen en sodoende 'n voorbeeld aan ander lande gestel sover dit die benutting van alternatiewe geneeskunde binne die omvattende gesondheidsdienste betref (Van der Veen 1986:40-41).

Beperkte inligting is oor die aanvaarbaarheid van alternatiewe en tradisionele geneeskunde in Suid-Afrika beskikbaar. Tog bestaan daar aanduidinge dat die aanvraag vir alternatiewe geneeskunde, met inbegrip van tradisionele geneeskunde, toeneem. 'n Ander belangrike faktor is dat tradisionele en alternatiewe geneeskunde sterk aanhang in Afrika geniet. In 1987 was daar reeds 4000 tradisionele genesers as semi-professionele gesondheidswerkers in Zimbabwe geregistreer om die meer as agt honderd geneeshere te komplementeer, terwyl meer as twintig Afrika-lande geregistreerde verenigings vir tradisionele genesers het (World Bank 1995:96). Holdstock (1979:120) se rapport dat die aantal tradisionele helers in primêr swart voorstedelike gebiede ("townships") soos Soweto beduidend groei, is betekenisvol. Pretorius (aangehaal deur Van Rensburg 1990:333) maak die gevolgtrekking dat, solank as wat sekere kultureel-gevestigte oortuigings bly voortleef, Afrika-gemeenskappe waarskynlik sal verkies om tradisionele geneeskunde vir sekere siektes te gebruik.

Te midde van pogings om die beskikbare hulpbronne met betrekking tot beide alternatiewe geneeskunde, insluitende tradisionele geneeskunde, en Westerse geneeskunde in ontwikkelende lande te benut, is antagonisme onder Westers-geïntereerde geneeshere jeens tradisionele genesers in Suid-Afrika geïdentifiseer (Van Rensburg (1990:335; Hopa 1997:18). Verskillende ondersoeke (Green & Makhubu 1984:1071-1079; Hoff 1992:182-187; Razali 1995:56-58) bevestig egter 'n gewilligheid van tradisionele genesers om in spanverband met Westers-gekwalfiseerde gesondheidsprofessies saam te werk. In lande soos Nigerië, Ghana, Zimbabwe en Suid-Afrika is aksies op verskillende vlakke geneem om nouer samewerking tussen alternatiewe genesers en die Westerse gesondheidsprofessies te bevorder. Dit sluit opleidingsprogramme oor basiese biomediese onderwerpe vir tradisionele genesers in (World Bank 1994:96; Karim *et al.* 1994:2-15).

'n Nuwe gesondheidsorgbenadering met komponente van beide die Westerse model en tradisionele geneeskunde is nie 'n vergesogte moontlikheid nie, omdat beide modelle volgens Hopa (1997:18) op dieselfde sentrale doel, naamlik die gesondheid van die pasiënt, gerig is. Laasgenoemde stel dit duidelik dat tradisionele genesers en die Westers-gekwalfiseerde gesondheidsprofessies mekaar as vennote, eerder as opponente, in primêre gesondheidsorg moet sien.

Volgens Ogunbodede (1991:443) kan tandheelkundige dienste in ontwikkelende lande merkbaar verbeter indien tradisionele geneeskunde en die Westers model geïntegreer word. Suid-Afrikaanse skrywers (Saayman & Kriel 1992:52) noem dat tradisionele genesers oor toepaslike basiese vaardighede vir die behandeling van psigo-sosiale stres as gevolg van snelle sosiale en ekonomiese veranderinge beskik. Daar bestaan ook bewyse dat alternatiewe geneeskunde intrinsieke kulturele, pragmatiese en selfs kliniese voordele vir pasiënte inhou (Vuori 1982:131). Volgens Chalmers (1990:107) kan tradisionele geneeskunde sekere siektes soos "runyoke" (voorkoms van kroniese abdominale pyn) meer effektief as Westerse geneeskunde behandel. Dit is verder

insiggewend dat Westers aanvaarbare geneesmiddels soos opium, kinien en digitalis aanvanklik deur die inisiatief van tradisionele genesers ontwikkel is (Fuglesang 1989:4-7).

Oosterse lande soos China, Japan en Myanmar, waar tradisionele geneeskunde in die vorm van akupunktuur, kruieterapie en masseerterapie algemeen naas Westerse geneeskunde toegepas word, stel 'n sprekende voorbeeld waar noue samewerking tussen twee oënskynlik uiteenlopende modelle vir gesondheidsorg reeds bereik is (Tanabe 1995). In Afrika bestaan die praktyk dat pasiënte soms volgens die Westerse biomediese model behandel word, maar in ander gevalle die behandeling van kruidokters asook geloofs- en tradisionele genesers verkies (Kriel & Saayman 1992:52). Volgens Richman (1987:13) het 'n nuwe generasie gesondheidswerker soos die "sephiri" - wat die produk van 'n integrering van Westerse geneeskunde en tradisionele geneeskunde - op die toneel verskyn.

4.6 IMPLIKASIES VIR GESONDHEIDSOPVOEDING

In die voorafgaande paragrafe is 'n verskeidenheid faktore bespreek wat op een of ander wyse die sukses van gesondheidsopvoeding in ontwikkelende multikulturele gemeenskappe kan beïnvloed. Alhoewel slegs 'n beperkte perspektief gestel is, kan die gevolgtrekking gemaak word dat gesondheidsopvoeding in hierdie betrokke situasie met 'n komplekse sisteem van uiteenlopende invloedsfaktore te kampe het. Uit die situasie-analise kan bepaalde praktiese implikasies vir gesondheidsopvoeding geformuleer word:

- * 'n Situasie-analise in gesondheidsopvoeding moet die werklike oorsaaklike faktore van geïdentifiseerde siektes en gesondheidsbedreigende toestande in die gemeenskap eerder as algemene standpunte of teoretiese modelle ondersoek. Sodanige invloedsfaktore sluit onder andere die geletterdheid, waardes, opvattinge en gewoontes van verskillende teikengroepe in.
- * Dit is moeilik om die gesondheidsgedrag van 'n persoon in 'n spesifieke situasie aan uitsluitlik een bepalende faktor, byvoorbeeld onkunde of 'n sekere houding, toe te skryf. Daarom behoort daar telkens na die kontekstuele situasie as geheel gekyk te word, aan die hand van konseptuele verwysingsraamwerke soos die *Health Action*-model (vide, p.91).
- * Aangesien siekte en gesondheid nie van die werklike lewensituasie geskei kan word nie, behoort gesondheidsopvoeding die ontwikkeling van sosiale vaardighede as sentrale doel te stel. Binne dié breë vertrekpunt behoort ingeligte besluitneming en die versterking van toepaslike houdings, waardes asook gedrag eerder as verandering van "verkeerde" gedrag beklemtoon te word.

- * Stel 'n helder realistiese beeld van spesifieke risiko's wat gepaard gaan met bedreigende gesondheidsgedrag (byvoorbeeld in geval van dieetsteurnis en seksueel-oordraagbare siektes soos VIGS) aan die betrokke teikengroepe.
- * Lei en motiveer die teikengroepe om onrealistiese (naïewe of oordrewe) opvattinge asook verwagtinge ten opsigte van gesondheidsbevorderingsaksies te wysig deur middel van ingeligte besluite en daadwerklike persoonlike aksie.
- * Wier erkenning behoort verleen te word aan die bydrae van tradisionele geneeskunde, beide uit die oogpunt van beskikbare hulpbronne vir gesondheidsorg, en die toenemende aanhang wat alternatiewe geneeskunde in ontwikkelende lande geniet.
- * Opvattinge oor siekte en gesondheid op grond van die eiesoortige benadering in alternatiewe en tradisionele geneeskunde kan onmoontlik as minderwaardig of niksseggend beskou word in vergelyking met die Westerse biomediese model.
- * Die beginsels van toepaslike tegnologie behoort by mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande toegepas te word, byvoorbeeld in die aanpassing van programmatuur en/of apparatuur tydens tegnologie-oordrag om te voldoen aan die behoeftes van plaaslike gemeenskappe en situasies.

4.7 SAMEVATTING

Gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering staan nie los van die situasie waarin dit plaasvind nie. Daarom moet alle moontlike invloedsfaktore ontleed word sodat die data wat sodoende verkry is, neerslag kan vind in relevante doelstellings, inhoud en metodes van bepaalde aksies. Oor die algemeen kan die verskeidenheid potensiële veranderlikes by gesondheidsopvoeding geklassifiseer word as makro-invloedsfaktore (omgewingsfaktore waaroor die individu beperkte of geen beheer het) of mikro-invloedsfaktore (faktore waaroor die individu self beheer het). Onder eersgenoemde is die rol van geletterdheid en toepaslike tegnologie asook tegnologie-oordrag uitgelig. Algemene mikro-invloedsfaktore soos kennis, houding, waardes en oortuigings binne konteks van gesondheidsopvoeding is verduidelik. Spesiale aandag is aan sekere sosio-kulturele invloedsfaktore gegee, waarmee beklemtoon is dat gesondheidsopvoeding telkens 'n eiesoortige kulturele karakter behoort te verkry om relevansie te verhoog.

Tot dusver in die navorsingsprogram is aspekte behandel wat beskou kan word as agtergrond tot die sentrale fokus op boodskaptoeepaslikheid in mediagebruik. In die volgende hoofstuk verskuif die aandag na aspekte van mediagebruik in gesondheidsopvoeding.

Bylae 4A.**Opvattinge oor gesondheid en siekte van verskillende generasies**

(Backett & Davidson 1992:57-58).

Opvattinge oor kindergesondheid:

Die algemene openbare opvatting is dat kinders van nature gesond leef. Kinders is egter kwesbaar vir die ontwikkeling van gedrag wat hulle gesondheid benadeel, byvoorbeeld deur ongebalanseerde dieet, onverskillige praktyke in mondgesondheid en gebrekkige liggaamlike oefening weens passiewe tydverdrywe soos oormatige televisiekyk.

Gesondheidsopvattinge van adolessente:

In hierdie ouderdomsgroep word 'n lewenstyl gekies met die oog op seksuele aantreklikheid, eerder as om persoonlike gesondheid en welsyn te verbeter. Die oortuiging bestaan dat die nadelige effek van risikogedrag soos rook en die gebruik van nie-voedsame kitskos verminder kan word deur 'n energieke lewenstyl en verhoogde deelname aan sport of fiksheidsaktiwiteite. Risikogedrag word gelate verdra in terme van, "If there came a day that smoking affected my health to such an extent that I was feeling really ill and unfit, then I would give up, but at the moment I'm feeling healthy and I like smoking so, you know, I don't intend stopping now" (Backett & Davidson 1992:57).

Gesondheidsopvattinge van middeljarige ouers:

Middeljarige ouers is meer bewus van die belangrikheid van hulle kinders se gesondheid. Selfs diegene wat 'n hoë premie op hulle kinders se gesondheid plaas, maar nie hul eie lewenstyl ter wille van beter gesondheid verander nie, aanvaar gesondheid nie meer as van selfsprekend nie.

Gesondheidsopvattinge van ouer volwassenes:

Op hierdie stadium tree insig en die groter bewustheid van verskillende faktore wat bydra tot persoonlike welsyn, of gebrek daaraan, in. Die onafwendbaarheid van sekere siektes word egter geredelik aanvaar, en twyfel bestaan oor die sin van verandering van persoonlike lewenswyse ter wille van 'n beter gesondheidstatus.

Gesondheidsopvattinge van bejaardes:

Menige senior burger beskou 'n gesonder of siektevrye lewe as onbereikbaar. Siektes word gesien as die logiese gevolg van ouderdom en daarom word periodieke siektes op hierdie leeftyd aanvaar as iets waarmee elke individu moet saamleef. Die kontrasterende lewenstyl van jonger generasies word gesien as eksperimenteel en 'n nuttelose soeke na die "waarheid", wat slegs deur jarelange lewenservaring verkry kan word.

Hoofstuk 5

PERSPEKTIEF OP MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING

5.1	INLEIDING	100
5.2	ORIENTERING IN VERBAND MET MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING	100
5.2.1	Mediakategorieë in gesondheidsopvoeding	100
5.2.2	Didaktiese voordele van mediagebruik in gesondheidsopvoeding	101
5.3	OORSIG VAN MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING	102
5.3.1	Voorbeelde van grafika	103
5.3.2	Voorbeelde van fotografie	103
5.3.3	Voorbeelde van tradisionale media	110
5.3.4	Voorbeelde van die multimediabenadering	114
5.3.5	Voorbeelde van gevorderde tegnologie	114
5.3.6	Mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap	115
5.4	ASPEKTE VAN MEDIA EN LEER IN GESONDHEIDSOPVOEDING	120
5.4.1	Die gebruik van media as leerbronne	120
5.4.2	Die rol van breinfunksies, leerstyle en mediavorkeure	122
5.4.3	Die relatiewe effek van media op verskillende leerdomeine	123
5.4.4	Analise van artikels oor mediagebruik in gesondheidsopvoeding	125
5.4.5	Ondersteunende navorsingsresultate	126
5.4.5.1	Pamflette	133
5.4.5.2	Illustrasies	130
5.4.5.3	Rolprente, video en massamedia	130
5.4.5.4	Rekenaargebruik en die multimediabenadering	131
5.5	SAMEVATTING	131

Hoofstuk 5

PERSPEKTIEF OP MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING

5.1 INLEIDING

Navorsing oor boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding behoort 'n mediaperspektief in te sluit, want boodskapoordrag is dikwels van verskillende media afhanklik. Media is vormgewend ten opsigte van gesondheidsboodskappe, omdat simboliese mediakodes telkens gebruik word om boodskappe as't ware sigbaar te maak. Die snelle vooruitgang in mediese informatika (die bestuur en ontsluiting van mediese inligting) en biomediese kommunikasie (mediagebruik om inligtingoordrag in mediese onderwys te verbeter) is juis aan moderne tegnologie soos die kompaskyf en rekenarsisteme vir digitale beeldgenerering te danke (Elmandjra 1989:28-29; Dzulfiki *et al.* 1994:117-120; Blystone 1994:125-137; Brown & Morris 1995:157-162). Moderne tegnologiese ontwikkeling bied die moontlikheid om die rekenaar as 'n "elektroniese skilderkwas" vir grafiese beeldmanipulering te gebruik (Kyte 1989:76-79; Nicholls 1990:13-17) en drie-dimensionele visualiserings van anatomiese strukture met die oog op diagnostiese beplanning te maak (Linney *et al.* 1993:4-10; Hill *et al.* 1993:11-13). Hierdie hoofstuk gee daarom 'n oorsig van toepaslike mediagebruik in gesondheidsopvoeding, met inbegrip van media vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap. Verder word mediagebruik in verband gebring met aspekte van leer in gesondheidsopvoeding.

5.2 ORIËNTERING IN VERBAND MET MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING

In hierdie ondersoek kan alle fundamentele media-aspekte nie volledig behandel word nie. Daar is reeds tevore daarop gewys dat doeltreffende mediagebruik deur media-integrering en mediaseleksie gerugsteun word (vide, h3:65). In samehang daarmee is die onderskeid tussen algemene mediakategorieë noodsaaklik, asook 'n aanduiding van algemene didaktiese voordele van media in gesondheidsopvoeding.

5.2.1 Mediakategorieë in gesondheidsopvoeding

'n Belangrike vertrekpunt in die seleksie van toepaslike media vir gesondheidsopvoeding is die ondersoek van moontlik beskikbare media (vide, h3:66). Hierdie proses word vergemaklik deur die groepering van media in verskillende kategorieë.

Afgesien van personale kommunikasievorme word media vir gesondheidsopvoeding in drie algemene kategorieë verdeel: i) oudiovisuele media, ii) massamedia, asook iii) geprogrammeerde onderrig en rekenarsisteme. Bekende voorbeelde van **oudiovisuele media** is gedrukte pamflette, die rolprent, illustrasies, plakkate, video en foto's. Radio, televisie, koerante, tydskrifte en advertensieborde is vorme van **massamedia**, terwyl

geprogrammeerde onderrig en rekenaartoeepassings soos interaktiewe video die derde kategorie uitmaak (Greene & Simons-Morton 1984:299-201).

'n Vierde kategorie tree uit die literatuur na vore, naamlik **tradisionele media** (ook bekend as populêre- of volksmedia). Hierdie groep media is by uitstek gewild in ontwikkelende lande, omdat die gebrek aan voldoende tegnologiese hulpbronne tot 'n eiesoortige mediakultuur in gesondheidsopvoeding gelei het. Die unieke aard van hierdie groep media word beskryf as 'n kombinasie van vermaak en opvoeding, aangesien inligtingoordrag op 'n aangename en selfs vermaaklike wyse moontlik is, in teenstelling met die gekte formele aanslag wat opvoedkundige programmatuur tradisioneel kenmerk. Voorbeelde sluit verskillende soorte poppespel, etniese musiek, bordspele en gemeenskapsteater, wat in samehang met gewilde kommunikasiemetodes soos storievertelling gebruik word, in. Moderne weergawes van hierdie "edutainment" benadering sluit musiekvideos en televisiesepies met 'n opvoedkundige boodskap in (Rimon 1990:8-9; Hubley 1994:145-150).

'n Vyfde kategorie wat bygevoeg kan word, is **kliniese apparaat**, met ander woorde media wat eerstens vir pasiëntsorg gebruik word, maar vanweë die besondere inligting wat daarin vervat is, ook vir gesondheidsopvoeding toepaslik is. Hieronder geld die wye verskeidenheid kliniese apparaat en instrumente, wat strek van die eenvoudige chirurgiese mes tot prosteses en die rolstoel vir gestremde pasiënte (Hugo 1989:122). Eardly *et al.* (1988:43-47) beskryf ook hoe 'n rekenaarsisteem vir servikale kanker-sifting in voorligting aan pasiënte in verband met bepaalde houdings en opvattinge gebruik is. Die bekende baba-groeikaart ("Road to Health chart") waarmee die massa van babas gemonitor word, is 'n voorbeeld van laetegnologie-media vir gesondheidsopvoeding (Werner & Bower 1987:25/9).

5.2.2 Didaktiese voordele van mediagebruik in gesondheidsopvoeding

Binne konteks van voorkomende gesondheidsopvoeding sentreer die rol van media oor die algemeen om drie primêre funksies, naamlik om relevante inligting aan verskillende risikogroepe oor te dra (Axelson & DelCampo 1978:30-33; Saibaba *et al.* 1993:107-109), hulle van gesondheidsgevaar bewus te maak (Gunter *et al.* 1993:19-27; Liisberg 1993:267-274) en voldoende stimuli te bied ten einde leer te verbeter, gewenste gesondheidsgedrag te versterk en nuwe gedrag te weeg te bring (Davies 1988:23-25; Hubley 1994:146)). Ter beklemtoning van die besondere didaktiese voordele van mediagebruik in gesondheidsopvoeding word die voordele van slegs twee spesifieke media, naamlik illustrasies en videoprogramme, as voorbeeld uitgelig. Volgens Ewan (1982:144-150) kan die rol van illustrasies in die onderrig van geneeskundige wetenskappe tot drie primêre funksies gereduseer word, naamlik:

- i) om die werklikheid af te beeld of voor te stel;
- ii) om die werklikheid te dramatiseer of te vergroot; en
- iii) om komplekse verskynsels van die werklikheid te vereenvoudig.

Verder noem Van Reenen (1990:143-145) verskeie moontlike didaktiese toepassings van video-opnames en videoprogramme, onder meer waar die volgende doelwitte ter sprake kom:

- * die voorstelling van drie-dimensionele inhoude, byvoorbeeld sonarbeelde van 'n fetus;
- * die demonstrasie van kliniese prosedures, byvoorbeeld chemoterapie vir 'n kankerpatiënt;
- * gedragsmodulering deur rolspel, byvoorbeeld die hantering van alkoholisme in die gesin;
- * die skep van 'n bepaalde atmosfeer om gedragsverandering te stimuleer, byvoorbeeld die gebruik van dramatiese musiek om verbale boodskappe oor die gevare van VIGS te aksentueer;
- * die demonstrasie van prosedures vir selfmedikasie, byvoorbeeld in geval van diabetespatiënte;
- * die versterking van kennis deur herhaling van kerninligting, byvoorbeeld die faktore wat die verspreiding van oordraagbare siektes bevorder;
- * die inoefening van psigo-motoriese vaardighede, byvoorbeeld die korrekte hantering van die rolstoel deur 'n pasiënt met geamputeerde bene;
- * illustrasie van die impak van lewenstyl op gesondheid en siekte, byvoorbeeld die effek van ongebalanseerde eetgewoontes op onder - en wanvoeding van baba's; en
- * die verduideliking van nuwe inisiatiewe vir gesondheidsbevordering in die gemeenskap, byvoorbeeld die rol van gemeenskapsklinieke in primêre gesondheidsorg.

Uit hierdie bondige perspektief blyk dit dat die funksies van mediagebruik in gesondheidsopvoeding veel meer as inligtingoordrag behels.

5.3 OORSIG VAN MEDIAGEBRUIK IN GESONDHEIDSOPVOEDING

Daar bestaan 'n ryke verskeidenheid voorbeelde wat die toepassingsmoontlikhede van media in gesondheidsopvoeding illustreer. Die verskynsel van gesondheid en siekte bevat elemente van beide abstrakte onaanskoulike begrippe en prosesse (byvoorbeeld die konstruksie van die DNA heliks) en konkreet-aanskoulike realiteite (byvoorbeeld die fisiese tekens van velsiektes en wanvoeding). Gevolglik kan verskillende manifestasies van gesondheid en siekte meer verstaanbaar gemaak word of geïllustreer word deur benutting van alle vorme van boodskapkodering met inbegrip van visuele kodes, grafiese kodes en ouditiewe kodes. Die volgende paragrafe gee 'n oorsigtelike beeld van werklike mediatoepassings in gesondheidsopvoeding. Die besonderhede word onder bepaalde mediakategorieë georden.

5.3.1 Voorbeelde van grafika

Die uiteenlopende aard van inhoude ter sprake by gesondheidsopvoeding bied wye moontlikhede vir mediagebruik. Ten eerste word verskillende vorme van grafika gebruik, byvoorbeeld 'n illustrasie om die korrekte prosedure vir mondhigiëne aan kinders te verduidelik (figuur 5.1, p.104) of diagramme om abstrakte konsepte soos die funksies van basiese voedselgroepe (Werner & Bower 1987:25/42) en die samestelling van vetstrukture te verduidelik (Maylath 1989:269-270). Illustrasies en diagramme kan ook komplementêrend met gedrukte teks gebruik word, soos die strokiesverhale oor tropiese siektes (figuur 5.2, p.104) en tienerseksualiteit (figuur 5.3, p.105). Twee onlangse voorbeelde in Suid-Afrika is *A Trolley Full of Rights*, 'n opvoedkundige strokiesprentverhaal oor kindermolestering, en *Open Talk*, 'n strokiesprentverhaal vir VIGS-opvoeding aan adolessente en volwassenes.

'n Gewilde vorm van grafiese voorstellings in gesondheidsopvoeding is spōtprente, wat tradisioneel sterk aanhang in Suid-Oos Asië geniet byvoorbeeld in 'n mediaveldtog vir kankervoorkoming (figuur 5.4, p.106). In 'n onlangse videoprogram oor die WGO se *DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse)* strategie vir tuberkulosevoorkoming in Japan, Thailand asook in Engelssprekende en Arabiessprekende lande word inligting deur twee geanimeerde spotprentkarakters, naamlik *TB* en *MDR-TB bacilli* oorgedra. 'n Ander moontlikheid in hierdie kategorie is grafiese karikature, wat as stimulerende en akkurate kliniese gevallestudies deur middel van piktografiese simboliek beskryf word (Armstrong 1993:169). Figuur 5.5 (p.105) illustreer so 'n voorbeeld om die fisiese tekens van 'n asmapasiënt voor te stel.

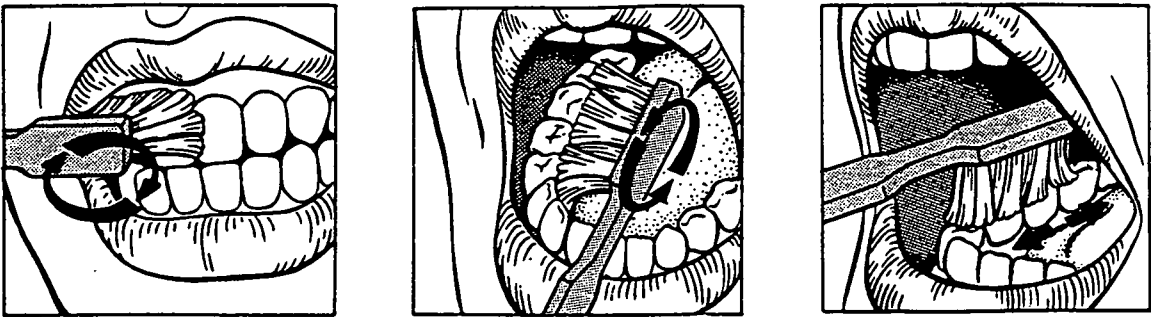
Die benutting van piktogramme (diagramme met 'n spesifieke simboliese betekenis) kom nie algemeen by gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande voor nie. Die konsep van verskillende primêre gesondheidsdienste kan egter effektief deur middel van piktogramme voorgestel word soos die voorbeelde uit Indonesië (figuur 5.6, p.107) illustreer. Op soortgelyke wyse kan piktogramme abstrakte voedingkonsepte voorstel (figuur 5.7, p.108) en grafiese tekens gebruik word om kommunikasie met Downsindroomkinders te verbeter (figuur 5.8, p.109.).

'n Unieke vorm van grafiese ontwerpe vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande is verskillende etniese ontwerpe ("folk art"). Hierdie grafiese ontwerpe het gewoonlik 'n bepaalde religieuse betekenis, soos die "pachayudhya" simbool op motorruitplakkers vir die afwering van natuurrampe en kindersiektes in Sri Lanka illustreer (figuur 5.9, p.109).

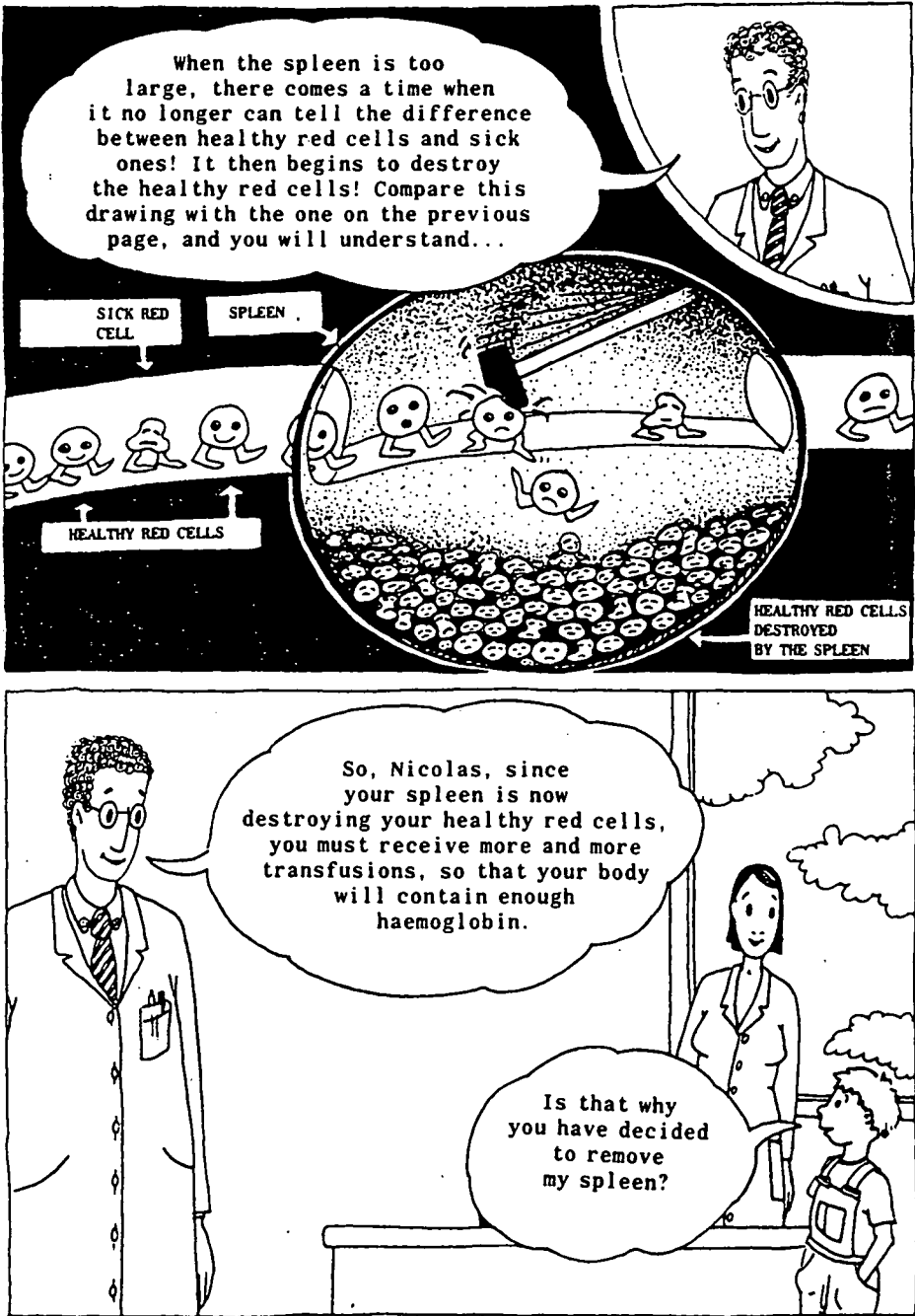
5.3.2 Voorbeelde van fotografie

Die waarde van verskillende fotografiese media, met inbegrip van kliniese fotografie (byvoorbeeld foto's van anatomiese monsters en verskillende siektetoestande van pasiënte) in gesondheidsopvoeding is algemeen bekend. Fotografie leen hom uit-

Figuur 5.1 Illustrasie van korrekte tandsorg (Papenfuss & Vermeulen 1989:27)



Figuur 5.2 Illustrasie in prentverhaal oor tropiese siektes
(Girof 1987:26)

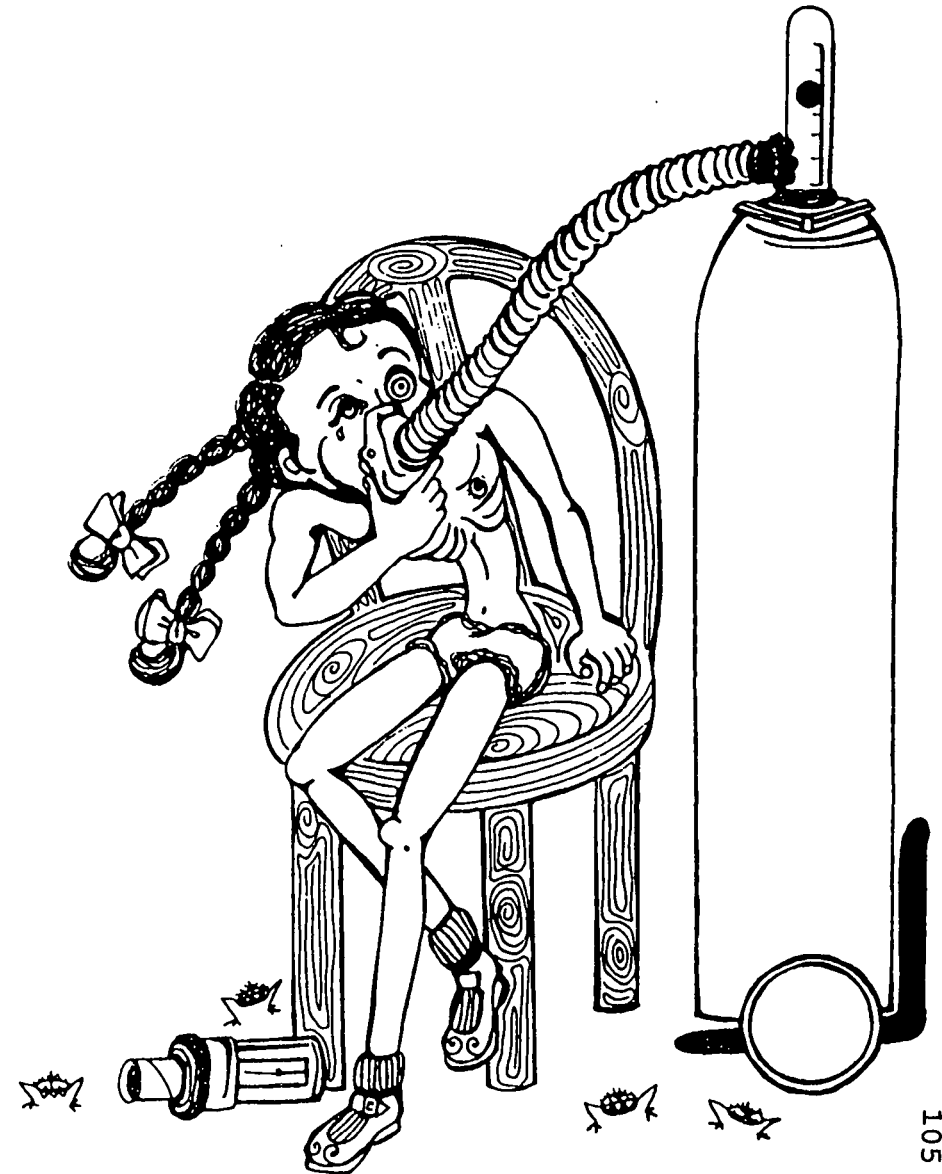


Figuur 5.3 Strookiesprentverhaal oor tienerseksualiteit.



(Hubley 1993: 188).

Figuur 5.5 Karikatuurvoorstelling van 'n asmapasiënt (Armstrong 1993:168)



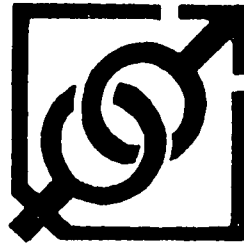
Figuur 5.4 Spotprent in strokiesverhaal vir kankervoorkoming
(Putnam & Yanagisako 1985:23)



Figuur 5.6 Piktogramme van primêre gesondheidsorgdienste. (Ministry of Health, Indonesia 1994:12).



Maternal and Child Health



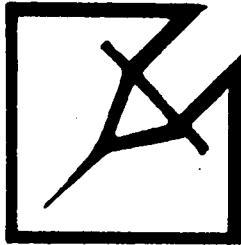
Family Planning



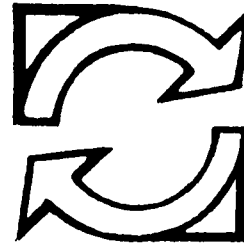
Nutrition



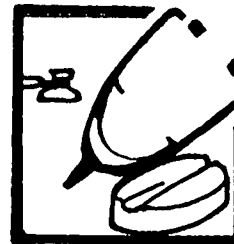
Environmental Health



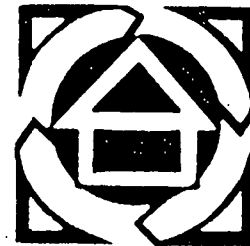
Communicable Disease Control



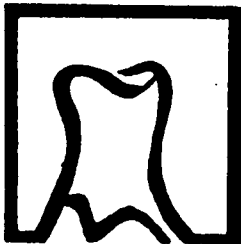
Health Education



Medical Care



Community Health



Dental Health



School Health



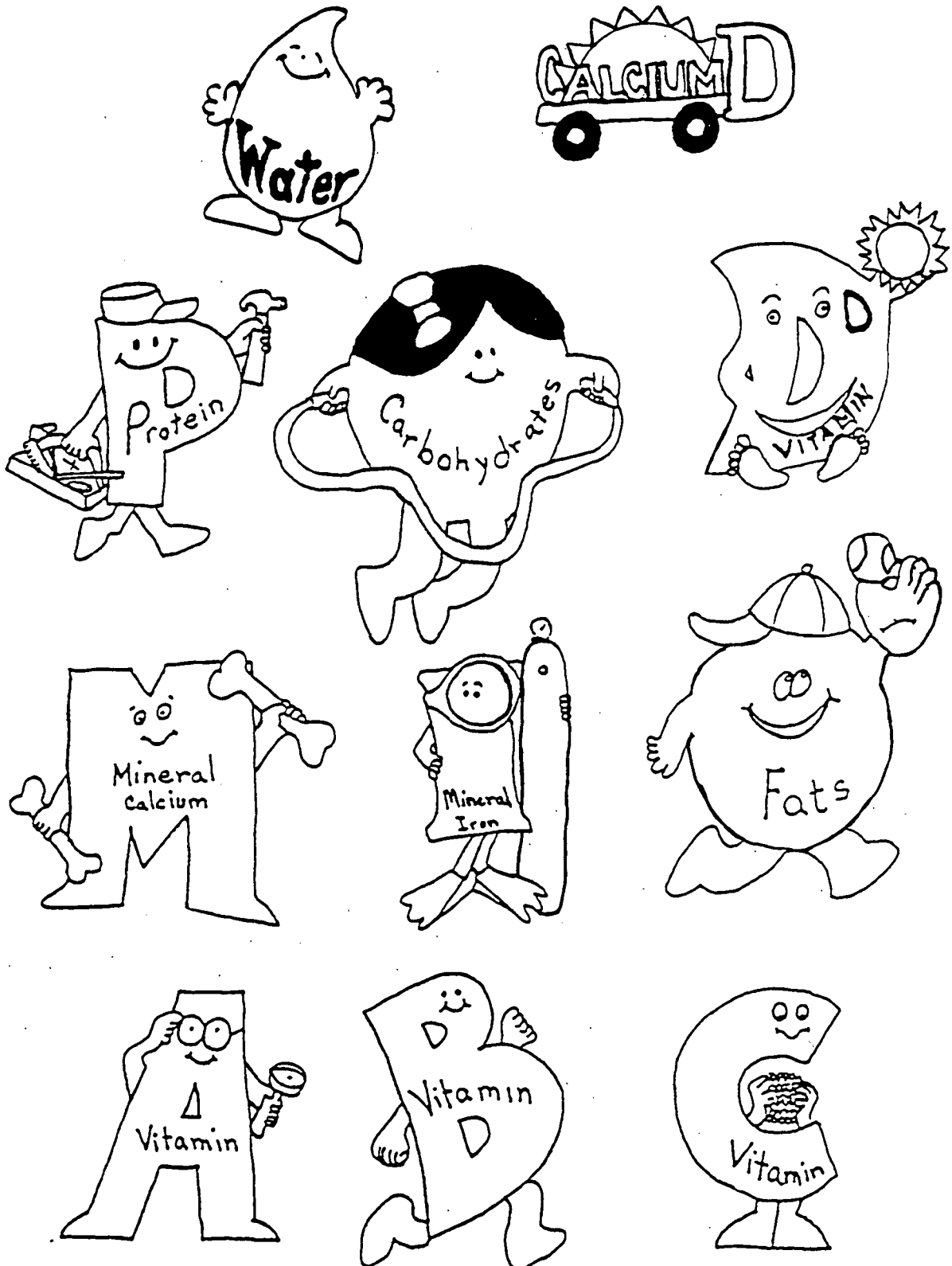
Mental Health

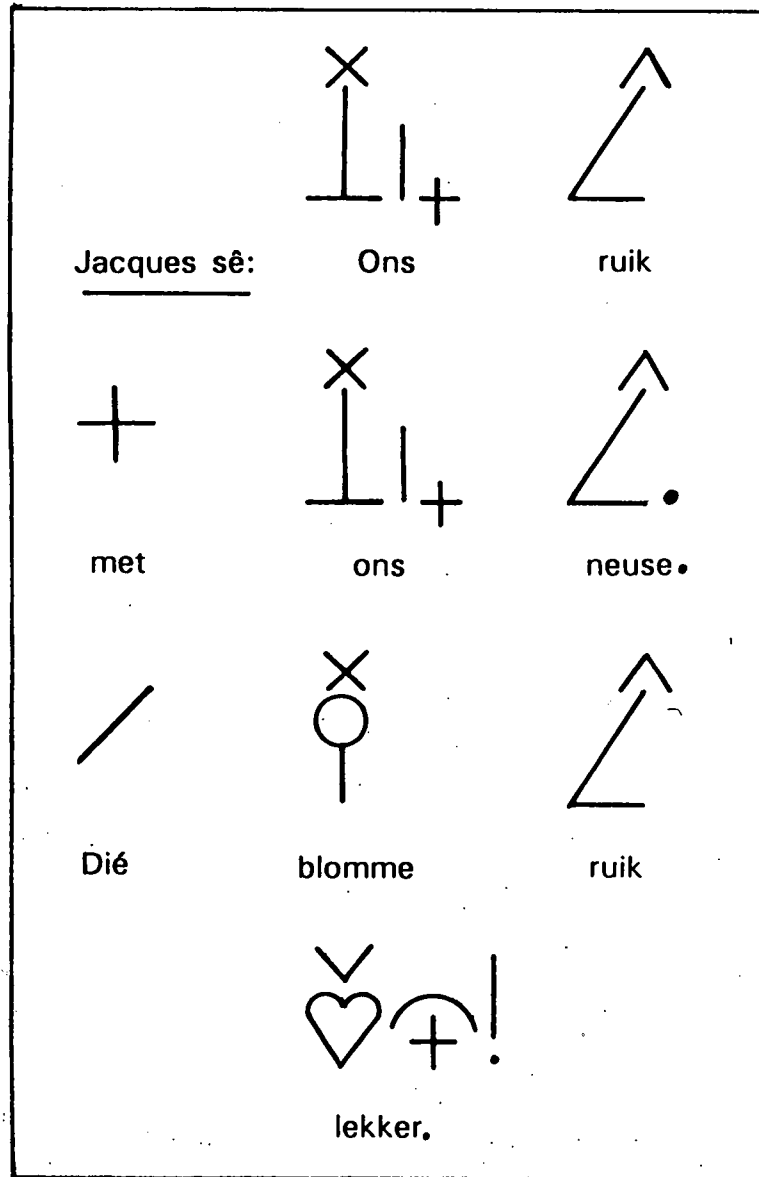


Laboratory Services

Figuur 5.7

Piktogramme van voedingkonsepte (Michigan Health Authority s.a.)





Figuur 5.8 Grafiese tekens vir kommunikasie met Downsindroom-kinders (Luyt 1994:13)



Figuur 5.9 Kultuursimbole in motorruitplakker vir immunisasieveldtog (Hubley 1993:140)



stekend tot die vaslegging van beide sigbare kliniese tekens en onaanskoulike anatomiese strukture in vakgebiede soos dermatologie, oogheelkunde, ortopedie en plastiese chirurgie (Hansell 1979; AandeKerk 1991:51-53), asook in tandheelkunde (Fleming et al. 1989:16-18). Volgens Bennett (1993:173) hou die gebruik van kliniese foto's terapeutiese waarde vir pasiënte in.

'n Ander gewilde aanwending van fotografie vir gesondheidsopvoeding is in fotoverhale, byvoorbeeld om die gevare van rook aan adolessente te verduidelik (Woods 1991:19-26). Twee onlangse jeugpublikasies in Suid-Afrika, *Roxy - Life, Love and Sex in the Nineties* en *Between Us - Talking about Love, Hurt, Anger and Fear* (Mediese Navorsingsraad/Story Circle s.a), volg die fotoverhaalbenadering (figuur 5.10, p.111).

5.3.3 Voorbeelde van tradisionele media

Tradisionele media is in 'n vorige paragraaf as 'n belangrike mediakategorie by gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande geïdentifiseer. Hierdie groep media strek van stories, musiek en volksliedere tot poppespel en gemeenskapsteater ("village theatre"). Die waarde van hierdie kategorie media is te danke aan kommunikatiewe trefkrag, wye populariteit, deelname van die gehoor en kulturele relevansie. Figuur 5.11 (p.112) gee die voorstelling van 'n "volkstorie" uit Nigerië om die belangrikheid van spanwerk by gesondheidsbevordering in die gemeenskap, na aanleiding van die spreekwoord: "Een persoon kan nie 'n huis se dak dra nie", te beklemtoon (Werner & Bower 1982:13/5).

Hubley (1994:130-131) wys in dié verband op die gewildheid van calypsoliedere in Wes-Indië, die *ramlilas* in Indië, *ngonjera* in Tanzanië, *kwaghir* in Nigerië, *merolicos* in Mexiko en die rol van straataankondigers ("town criers") in plattelandse dorpe van Wes-Afrika. Poppespel, gemeenskapsteater en volksmusiek is onder andere vir opvoeding oor VIGS, voeding, gesinsbeplanning en mondhigiëne in lande soos Botswana, Uganda, Malawi, Indië, Indonesië en Kenia gebruik (Magezi 1991:302-306; McEwan et al. 1991:155-159; Maurizi 1994:181-183; Hubley 1994:231). Ter voorbeeld toon die musieknotering en woorde van 'n popliedjie deur 'n musikant in Uganda wat later aan VIGS gesterf het hoe popmusiek in gesondheidsopvoeding aangewend kan word (Bylae 5A, p.136).

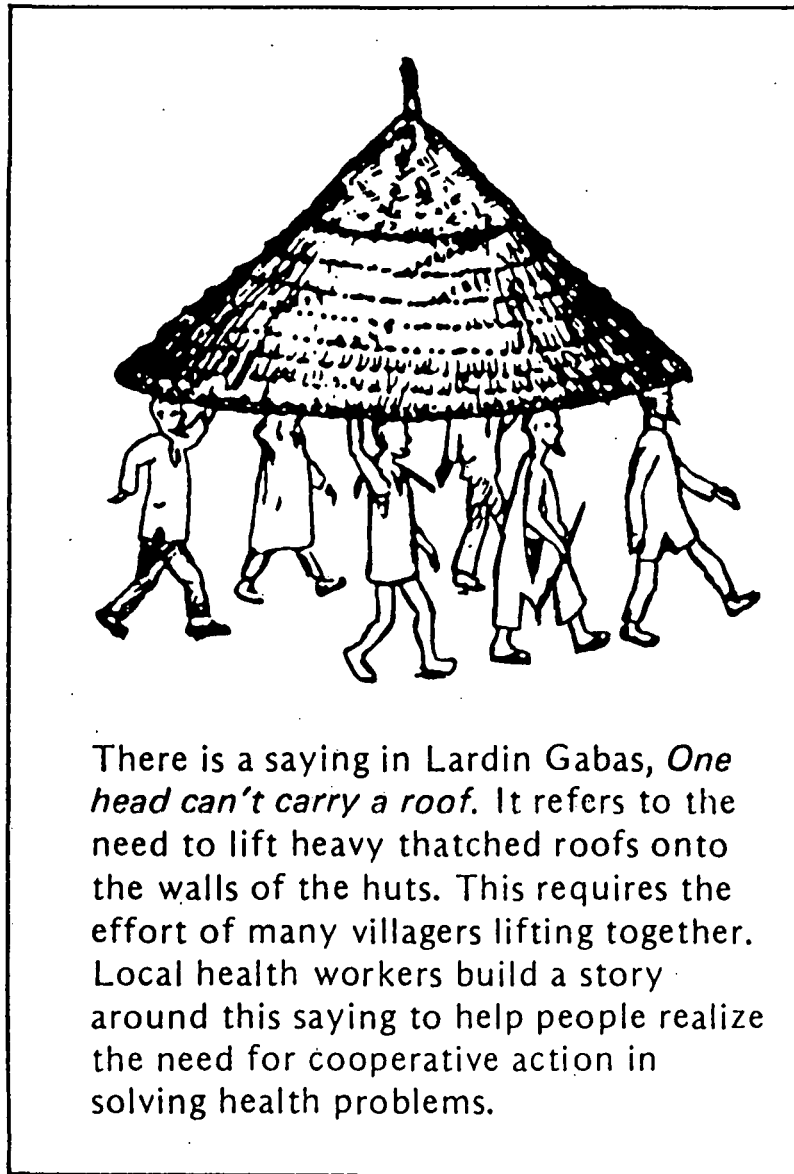
Ander voorbeelde van tradisionele media vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande is legkaarte, nommerkaarte, boublokke, muurkaarte, flennieborde, modelle en bordspele soos die bekende *Snakes and Ladders* vir kinders (Werner & Bower 1982:11/26). Figuur 5.12 (p.112) illustreer 'n segment uit 'n bordspel wat in Liberië vir gesondheidsopvoeding aan moeders aangepas is. Daarmee word die boodskap oorgedra dat 'n baba weens uitsluitlike bottelvoeding kan sterf - in Liberiese gemeenskappe die uitdrukking "quick to go back" beteken "to go back to God, to die" (Werner & Bower 1982:11/26).

Figuur 5.10 Fotoverhaal oor tienerseksualiteit

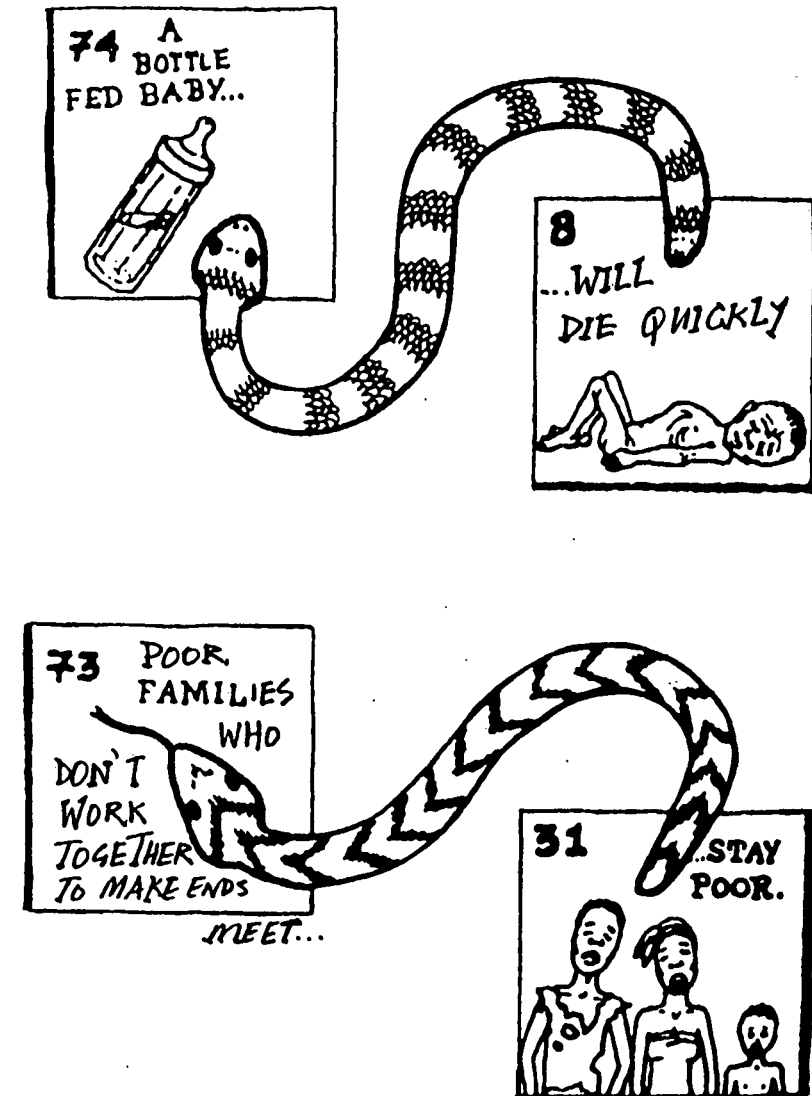
(Littleworth & Schreiber s.c p. 33)



Figuur 5.11 Voorstelling van 'n volksgeskiedenis uit Afrika
(Werner & Bower 1982:13/5)



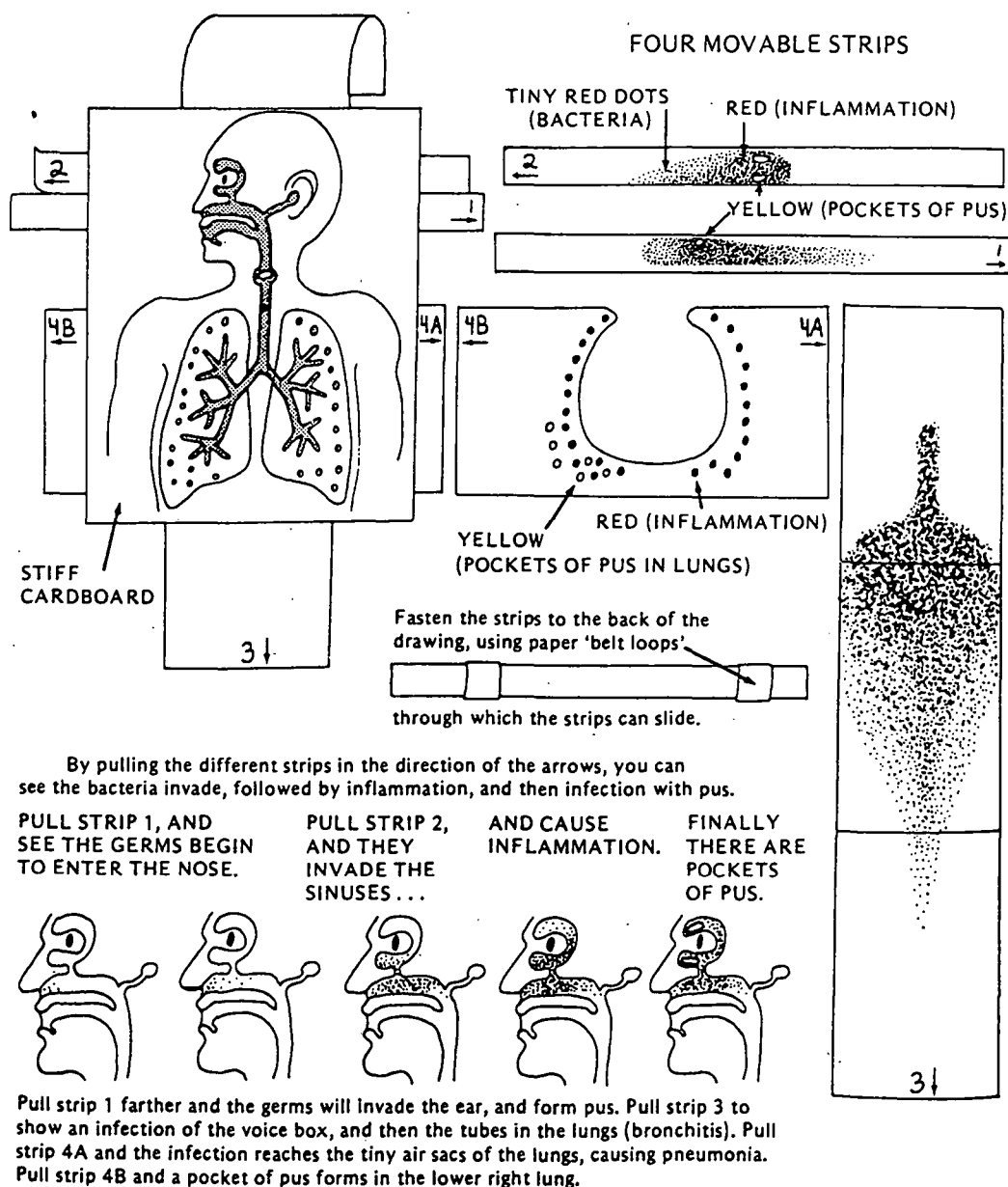
Figuur 5.12 Segmente uit bordspel vir gesondheidsopvoeding (Werner & Bower 1982:11/26)



Dit dien vermelding dat die ontwikkeling van tradisionele media dikwels besondere kreatiewe kenmerke toon, omdat gemeenskappe waar die nodige hulpbronne ontbreek, self eenvoudige media vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap moet produseer. In dié verband noem Wilson (1982), Werner en Bower (1982:16/1-16/20), Gordon (1986:46-52) asook Maylath (1988:110-111) verskillende natuurlike voorwerpe ("ready made") soos aartappels, lepels, melkbekers en bottels wat vir poppespel en demonstrasies gebruik kan word. In laasgenoemde geval kom die beginsels van toepaslike tegnologie (vide, h4:83), duidelik na vore, want die ontwikkeling van tradisionele media is afhanklik van plaaslik beskikbare hulpbronne en gemeenskapsinisiatief. Dit is ook gewoonlik relatief goedkoop in vergelyking met gevorderde (hoë) tegnologie.

'n Voorbeeld waar kreatiwiteit en inisiatief deur die plaaslike gemeenskap aanleiding gegee het tot 'n eenvoudige, dog treffende, visuele medium vir gesondheidsopvoeding in 'n ontwikkelende land word in figuur 5.13 geïllustreer. Hierdie voorstelling toon

Figuur 5.13 Kreatiwiteit in infeksieplakkaat (Werner & Bower 1982:11/13)



'n plakkaat met bewegende komponente om te verduidelik hoe virusse die liggaam binnedring. Deur middel van die bewegende komponente kan die virusse as't ware vanaf die neusopening na die respiratoriese sisteem "beweeg" (Werner & Bower 1982:11/30).

5.3.4 Voorbeelde van die multimediabenedering

Die multimediabenedering (vide, Bylae 1A, p.28) is 'n bekende verskynsel op die gebied van onderwystegnologie. Dit blyk dat die kombinerende en integrering van verskillende komplementerende media vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande byval vind (Akinyemi 1987:32-42). Hierdie benadering bied die voordeel dat die sterkpunte van verskillende media kollektief aangewend word vir groter boodskapimpak en die reikwydte van kommunikasie terselfdertyd aansienlik vergroot word deur middel van die vermenigvuldigingseffek van 'n bepaalde boodskap (Van Aswegen 1987:80). Daar word volstaan met twee voorbeelde:

- i) In Middellandse See-lande soos Suriname word voorkomende VIGS-opvoeding aan skoolkinders deur middel van radio, televisie, volksdanse, sang ("rap"), teater, brosjures, pamflette en strokiesverhale ter aanvulling van informele gesprekke en eweknieleiding aangewend (McBean 1996:13-15).
- ii) 'n Uitstekende voorbeeld is die ***Meena Communication Initiative*** (Meena is die naam van 'n dogtertjie wat die hoofrol in die programme speel) in Suid-Oos Asië waar 'n kombinasie van verskillende eenvoudige en gevorderde media aangewend word om die gemeenskap bewus te maak van en op te voed oor die onmenslike behandeling van jong meisies in Indië, Bangladesh, Nepal asook Pakistan. Spesifieke media en boodskapetegnieke wat intensief in hierdie programme benut word, is animasierolprente, gemeenskapsradio, dokumentêre televisieprogramme, gedrukte strokiesverhale en plakkate asook plaaslike volksmusiek (Aghi & Carnegie 1996:24-27).

5.3.5 Voorbeelde van gevorderde tegnologie

Alhoewel die beskikbare tegnologiese hulpbronne in ontwikkelende lande beperk is, kan die rol van elektroniese media en gevorderde tegnologie by gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande nie ontken word nie. Volgens McArthur (1982:21-26) het opvoedingsmetodes deur middel van gesofistikeerde kommunikasietegnologie ongetwyfeld plek in ontwikkelende lande. Moderne tegnologie kan benut word om kommunikasieprobleme met gestremdes te oorbrug, byvoorbeeld deur die gebruik van video in onderrig van basiese lewenskonsepte aan kinders met beperkte denkfunksies (Homs 1993:169-171) en gebruik van die rekenaar vir onderrig van kommunikasievaardighede aan persone met spraak-, sig- en gehoorgestremdheid (Richman 1987:49-52; Erber 1993). Volgens Hill en Bradfield (1987:31-34) kan verskillende tegnologiese instrumente aangewend word om kommunikasie met blinde vliegtuig-

reisigers te verbeter, terwyl Harvey (1988:32-33) die benutting van 'n frankeermasjien vir verspreiding van inligting oor streshantering, veiligheid en VIGS-voorkoming bespreek. In Japan is videotelefone gebruik om inligting tydens openbare gesondheidsopvoeding te versprei wat tot 'n gesonder lewenstyl onder gestremde bejaardes gelei het (Takano *et al.* 1995:241-248).

Geslotebaantelevisie en videoprogramme vir pasiëntopvoeding in hospitale het 'n gevestigte tradisie (Turner & Larcombe 1983:13-14; Burkle *et al.* 1984:698-703). Daar bestaan gevalle waar videoprogramme vir VIGS-opvoeding aan tradisionele geneesers in Zimbabwe gebruik is (Ngwenya 1995), asook vir opvoeding oor geestesgesondheid in Japan (Kikuchi 1995). Hubley (1994:147) noem dat drie-en-veertig mini-dramas oor gesinsbeplanning in 'n Nigeriese potpourriprogram, *In a Lighter Mood*, op televisie vertoon is.

Rekenaartoepassings in gesondheidsopvoeding geniet ook toenemende aandag. Onder die voorbeelde geld "*Asthma Command*", rekenaarspel vir opvoeding van pasiënte in selfdiagnose van siektesimptome en gepaardgaande selfmedikasie. Gedurende die spel word van die pasiënt verwag om onder andere verslag te doen oor persoonlike eetgewoontes en 'n oefenprogram. Indien hulle nalaat om dit te doen, herinner die rekenaarprogram hulle daaraan en gee ook inligting oor verskeie verbandhoudende aspekte, afhangende van gebruikers se respons (Rubin 1986:1-10). 'n Ander voorbeeld is die interaktiewe videoprogram, "*Cancer patients and their families at home*", vir kankerpatiënte en hulle gesinne (Ingram *et al.* 1992:73-78). 'n Soortgelyke benadering word gevolg in 'n interaktiewe multi-mediaprogram vir voedingvoorligting aan kinders en adolessente in Japan (Yoshike 1995).

5.3.6 Mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap

Media kan nie van die spesifieke omgewing of situasie waarin mediagebruik plaasvind, los gemaak word nie. Aangesien gesondheidsopvoeding nie net institusioneel gebonde is nie, maar besonder sterk gemeenskapsgerig is, word vervolgens 'n perspektief oor mediagebruik in die konteks van gemeenskapgesondheidsopvoeding en gemeenskapsontwikkeling gegee. Daar is tevore genoem dat programme vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande dikwels 'n uitvloeisel van aksies vir gemeenskapsontwikkeling is (vide, h2:35). Omvattende navorsing oor kommunikasiemedie in ontwikkelende lande deur Bordenave (1977), McAnany (1980) en Marchant (1998) het getoon dat die toepassing van kommunikasietegnologie onder sekere omstandighede tot sosiale ontwikkeling kan lei, byvoorbeeld om houdingsverandering oor die voorkoming van verskillende oordraagbare siektes in die gemeenskap te bevorder.

Die fasiliteringsrol van media by gesondheidsbevordering in die gemeenskap hou verband met sekere algemene funksies van massamedia. Volgens Bracht (1991:154-152) is die rol van media in openbare gesondheidsopvoeding gebaseer op die volgende vier algemene mediafunksies:

- i) Veranderingsagent - media beïnvloed bepaalde teikengroepe in die verandering van hulle kennis, sosiale waardes en norme asook gesondheidsgedrag.
- ii) Versterking - deur die multimediabenadering kan verskillende media geïntegreer word in bestaande opvoedingsprogramme se effektiwiteit te verhoog.
- iii) Bewusmaking - media maak teikengroepe in die gemeenskap bewus van spesifieke siektes, gesondheidsbedreigende toestande en voorkomingsaksies.
- iv) Motivering - media versterk gesondheidsboodskappe en motiveer teikengroepe tot 'n gesonde lewenstyl asook deelname aan aksies vir gesondheidsbevordering.

'n Addisionele funksie is agendastelling, wat dikwels in samehang met oordingskommunikasie aangewend word om 'n geskikte klimaat vir verandering van opvattinge en standpunte oor kontensieuse sake soos die wettiging van aborsie te vestig (Stewart & Caswell 1993:167-175). Bekende terreine waar die funksie van agendastelling in mediaveldtogte reeds aangewend is, is in opvoedingsprogramme oor die rookgewoonte, VIGS, alkohol- en dwelmmisbruik, asook voeding en gesinsbeplanning (Wallack 1990:143-154).

Massamedia soos televisie, radio en videoprogramme kan 'n belangrike bydrae in gemeenskapgesondheidsopvoeding lewer indien die opvoedkundige potensiaal daarvan korrek en optimaal benut word (Atkin & Arkin 1990; Hubley 1994; Bonati 1997). Enkele bekende voordele van opvoedkundige televisie is die stimulering van mense se belangstelling in onderwerpe waarvan hulle min kennis dra, om aan sport en buitelugaktiwiteite deel te neem, asook rasonale denke en gespreksvoering in plaas van blote sintuiglike ervaring te bevorder.

Onderrigvideoprogramme is ten minste ewe effektief, en soms meer effektief, as tradisionele metodes vir pasiëntvoorligting. Volgens Greenfield (1984:2) en Du Toit (1994:74) het televisie 'n beduidende opvoedingswaarde vir minder intelligente kinders en ongeletterdes uit laer sosio-ekonomiese gemeenskappe. Die grootste waarde van videoprogramme lê egter in onderrig vir die bemeestering van verskillende vaardighede en prosedures, asook vir die verlaging van angs en stres rondom siekte asook hospitalisasie (Gagliano 1988:785-792).

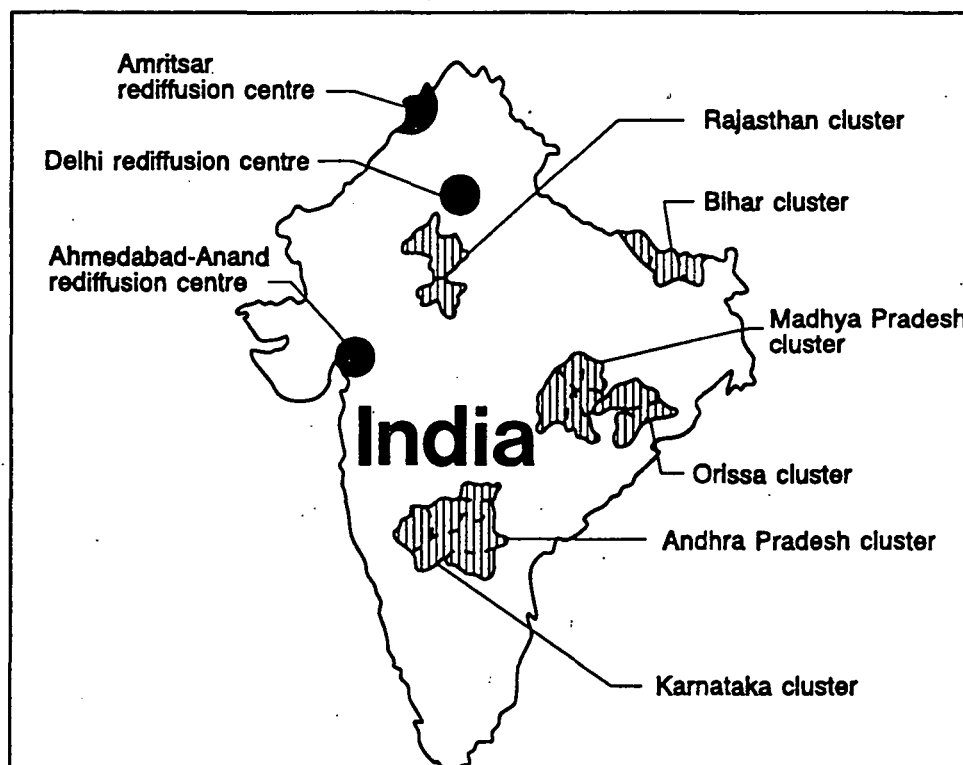
Die waarde van massamedia lê nie net in inligtingoordrag aan die breë gemeenskap nie, maar ook in die moontlikheid om bepaalde individue en groepe met eiesoortige behoeftes of beperkinge te bereik, byvoorbeeld persone wat weens siekte of gebrek aan vervoer nie 'n kliniek of hospitaal kan besoek nie (Bonfield 1983:140-142; Fletcher 1986:230-233; Takano *et al.* 1995:241). Oor die algemeen hou die gebruik van massamedia vir openbare gesondheidsopvoeding die volgende voordele in:

- * dit stel afgeleë gemeenskappe bloot aan verskillende mediaboodskappe vir gesondheidsopvoeding;
- * dit verskaf 'n voortdurende verwysingsraamwerk aan die gemeenskap met die oog op ingeligte besluitneming;

- * dit versterk bestaande houdings, opinies en gedrag; en
- * dit vestig nuwe houdings en opinies wat nog nie bestaan nie (Davis 1979:52-53; Liisberg 1993:267-274; Rinde *et al.* 1993:71-77).

Een van die bekendste voorbeelde waar moderne kommunikasietegnologie 'n sleutelrol vervul het om die lewensomstandighede van mense in onderontwikkelde gemeenskappe te verbeter, was die **SITE (Satellite Instructional Television Experiment)** projek gedurende 1975/6 in Indië, wat as 'n baanbrekerprojek op hierdie terrein beskou is (Marchant 1988:30-33). Die betrokke projek het op drie breë doelwitte gefokus, naamlik: i) die gebruik van televisie om sosiale verandering en groter betrokkenheid van die land se bevolking in gemeenskapontwikkeling te bevorder, ii) die toeganklikheid tot beide formele en nie-formele opvoedingsgeleenthede te verbeter, en iii) die nuutste wetenskaplike, asook tegnologiese inligting aan die gemeenskap te voorsien, in samehang met plaaslike owerheidsaksies ten opsigte van landbou, gesondheid en higiëne asook gesinsbeplanning. Figuur 5.14 toon die ligging aan van die verskillende televisie-uitsaaisentra en ontvangsnetwerke wat in die projek betrokke was.

Figuur 5.14 Ligging van deelnemende sentra in die Satellite Instructional Television Experiment (SITE) projek (Marchant 1988:31)



Tydens produkevaluering van hierdie projek het die volgende insiggewende resultate ten opsigte van beide nasionale ontwikkelingsdoelwitte en opvoedkundige doelwitte na vore getree:

i) **Resultate van nasionale ontwikkelingsaspekte**

- * Kennistoename was groter onder mense van 'n lae sosiale stand, ongeletterdes, vroue, lae-inkomstegroepe en diegene wat gereeld aan televisieprogramme blootgestel is.

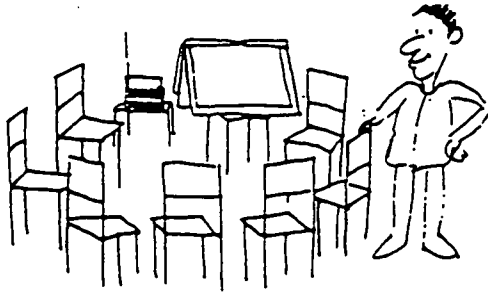
ii) **Resultate van opvoedkundige aspekte**

- * Die skoolprestasie en taalgebruik van kinders wat aan die programuit-sendings blootgestel is, het merkbaar verbeter.
- * Televisiegebruik in die klaskamer het geen negatiewe invloed op die aantal registrasies en bywoningsyfer van leerlinge gehad nie.
- * Die blootstellings aan televisieprogramme het die gebruik van ander audiovisuele media en leerbronne soos biblioteekmateriaal gestimuleer.
- * Onderwysers het die aanvullende verrykende inhoud van televisieprogramme as 'n bate, eerder as bedreiging vir hulle eie funksie en rol in die onderrigproses ervaar (Marchant 1988:32-33).

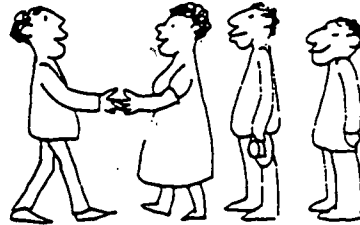
Op grond van bogenoemde baanbrekerswerk is die **SHARE (Satellite in Health and Rural Education)** projek gedurende die tagtigerjare in Suid-Amerikaanse lande aangepak (Gillick 1985:106-109). Die **Meena Communication Initiative** projek waarna reeds verwys is (vide, par 5.3.4, p.114) volg 'n soortgelyke benadering.

Televisie is nie die enigste medium vir massakommunikasie in gesondheidsopvoeding nie. Daar bestaan wye eenstemmigheid dat radio een van die mees toepaslike massamedia vir gemeenskapgesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande is (Hein 1988:110-113; Steyn 1989:47; Fuglesang 1989:4-7; Goldthorpe 1987:202; Hubley 1994:150-154; Bonati 1997:8). Miljoene volwassenes is byvoorbeeld in Tanzanië deur radioforums en aanvullende gedrukte teks in die **Man for Health** veldtog bereik om aan die gemeenskap voorligting te gee oor verskillende aspekte van siektevoorkoming (Shears 1988:21-22). Onder die verskillende opvoedkundige toepassings van radio is die bekende radioforums, wat beskryf word as 'n oefening in groepkommunikasie tussen landelike volwassenes. Die gebruik het gedurende die Tweede Wêreldoorlog onder Kanadese boeregemeenskappe ontstaan en die volgende inhoudelike komponente bevat: die uitsending van 'n opvoedkundige praatjie, 'n onderhoud, die dramatisering van 'n storie en 'n gebeurlikheidsverslag of terugvoer van luisteraaropinieë. Bepaalde uitsendings is dikwels met 'n opvolgprogram ("talkback") wat nie nuwe inhoud nie, maar die herhaling van kernsake uit vorige programme ter leerversterking bevat het, aangevul. Die basiese formule van "luister, lees, bespreek en doen" is later met vrug tydens gemeenskapontwikkelingsprojekte in ander ontwikkelende lande, onder meer in Afrika, toegepas (Marchant 1988:40). Figuur 5.15 (p.119) illustreer die verloop van 'n radioforum vir gemeenskapsopvoeding in Botswana. Daaruit blyk dui-

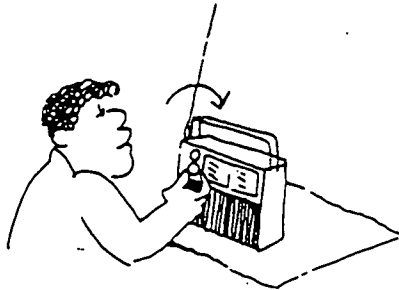
Figuur 5.15 Verloop van 'n radioforum in gemeenskapsopvoeding
(Hubley 1993:155)



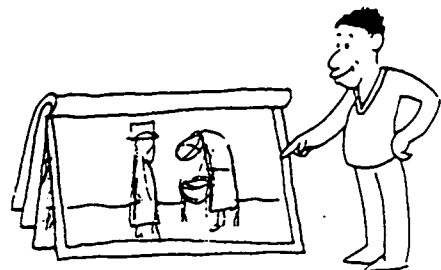
1. prepare the meeting place and study materials



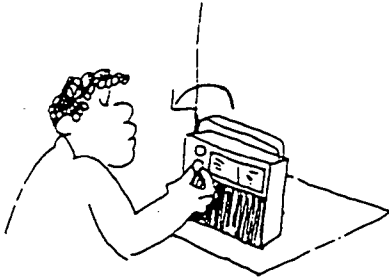
2. welcome the members



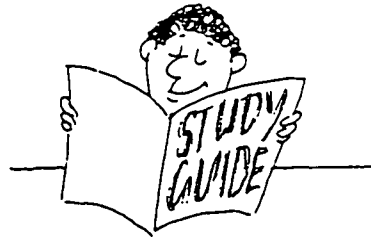
3. turn on the radio



4. refer to the flipchart pictures



5. turn off the radio



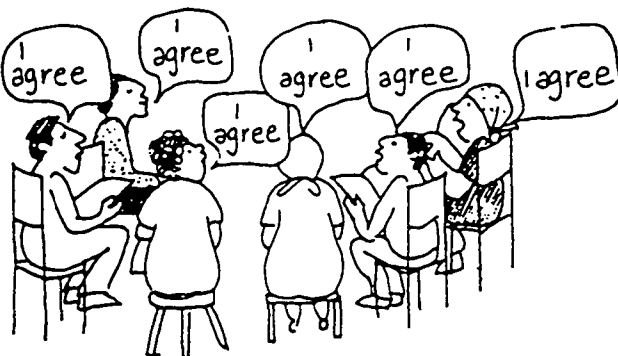
6. read the study guide



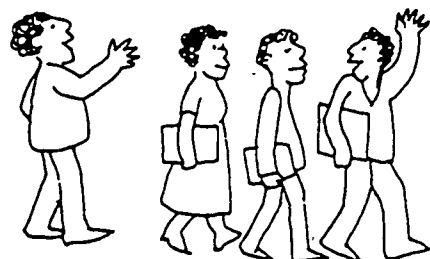
7. discuss each question



8. fill in the report form



9. agree on individual or collective action



10. close the meeting

delik dat die gebruik van radioprogramme 'n integrale komponent van die onder-
rigleersituasie vorm. Hierdie benadering word ook in Suid-Afrika ondersteun en vir
gemeenskapgesondheidsopvoeding benut (Hall & Dreyer 1987).

Afgesien van televisie en radio bestaan daar verskillende ander voorbeelde waar media
binne konteks van gemeenskapsontwikkeling by gesondheidsopvoeding in ontwikke-
lende gemeenskappe suksesvol aangewend is. Healy (1991:26-34) het bevind dat 'n
multimediaveldtog in die Andes-gebied van Bolivië 'n sleutelrol vervul het 'n projek
waarin die hoë kindermortaliteitskoers verlaag is en groter deelname van vroue verkry
is om projekte vir sosiale opheffing aan te pak. In die betrokke projek het 'n opvoed-
kundige spel bekend as *rotafolio*, asook interaktiewe plakkate, poppespel en
illustorasies van bekende lewensituasies 'n sleutelrol vervul. Soortgelyke sukses met
die oog op bemagtiging van vroue deur middel van die "*photo novella*" (fotoverhale)
is onlangs in landelike gebiede van China bereik (Wang 1995). Navorsing in Indonesië
en Ethiopië toon dat spesifieke teikengroepe gretig is om laetegnologiemedie soos
bordspele en fotografie vir gesondheidsopvoeding te gebruik (Mamadoultaibou 1994;
Hidayat 1995).

5.4 ASPEKTE VAN MEDIA EN LEER IN GESONDHEIDSOPVOEDING

'n Belangrik kenmerk van mediagebruik in die onderwyssituasie is dat media vir beide
onderrig en leer aangewend kan word, wat elk eiesoortige eise aan boodskapontwerp
stel (Giarratano & Burhanstipanov 1988; Stoneall 1991; Robinson 1993). Futuroloë
soos Van Zyl (1992:435-454), Spier (1992:455-478), en Shotsberger (1996:47-50)
beweer dat moderne kommunikasietegnologie die opvoedkundige milieu, asook die
wyse van onderrig en leer in die toekoms bykans onherkenbaar sal verander. As voor-
beeld poog mediagesteunde leer (vide, Bylae 1A, p.28) om die kommunikasie-
eienskappe van veral elektroniese media optimaal te benut ten einde inligtingsbronne
meer toeganklik te maak, tradisionele beperkinge soos geografiese afstand tussen die
leerkrag en die leerder te oorbrug en roetine-take soos inligtingoordrag te verrig (Hugo
1989:13-14). Volgens Ullmer (1994:24) kry die rol en funksies van media in leerfasili-
tering steeds te min klem ten koste van die tradisionele opvatting dat media primêr in-
ligtingdraers is as hulpbron in die onderrighandeling. Gevolglik verdien mediagebruik in
gesondheidsopvoeding vanuit 'n leerperspektief ten slotte die nodige aandag.

5.4.1 Die gebruik van media as leerbronne

Die gedagte dat media nie net 'n ondersteunende funksie in die onderrighandeling
vervul nie, maar terselfdertyd, en soms uitsluitlik, as leerbronne in beide formele en
nie-formele gesondheidsopvoeding aangewend kan word, geniet al hoe meer aandag
in die literatuur (Tones 1986:35; Redman 1988:150-186). Dit blyk dat die toepassing
van mediagesteunde leer in gesondheidsopvoeding op alle vlakke, byvoorbeeld by
skole en primêre gesondheidsorgklinieke ondersteuning geniet (Rubin 1986; Woods

1995; Yoshike 1995; Johnson & Levitan 1992). Binne konteks van gesondheidsopvoeding beklemtoon Fletcher (1986:230) dat moderne inligtingstechnologie die toeganklikheid en dinamiek van leergeleenthede kan verbeter. Hy skryf soos volg: "Information technology's greatest effect maybe in its influence on the learning behaviour of individuals, through its modification of the role of media in active or passive learning". Daar bestaan verskeie voorbeelde van 'n leerdergerigte en leerfasiliterende aanwending van media in gesondheidsopvoeding. Videomateriaal wat spesifiek ontwerp is om groepbespreking te ontlok ("trigger videos") kan volgens Redman (1988:182) stimulerende leerervarings vir pasiënte by 'n ongevalleklíniek voorsien. Gerekenariseerde inligtingstelsels word met vrug vir gesondheidsopvoeding by skole in Amerika benut. Die *Health Interactive Videodisc* wat byvoorbeeld verskillende gesondheidsonderwerpe dek, bied aan studente toegang tot verskillende databasisse om die nuutste gesondheidsinligting te bekom. Studente kan hierdie inligtingsisteem gebruik om persoonlike gesondheidstatus te bepaal en hul lewenstyl daaglik te monitor met die oog op verandering van risikogedrag. Navorsing deur Axelson en DelCampo (1978:30) toon dat voedingvoorligting deur middel van radio en televisie 'n groter verbetering in leerpretasie van swart studente in vergelyking met blanke studente meegebring het, en dié verbetering primêr aan leerderdeelname tydens programaanbieding te danke was. McGinnis (1992:6) maak in dié verband die gevolgtrekking dat interaktiewe multimedia in gesondheidsopvoeding die vermoë het om die aandag van die hedendaagse jeug te boei, want "... they get hooked on technology". Op 'n laer tegnologiese vlak is reeds tevore na die gebruik van gedrukte inligtingspakkette vir pasiëntvoorligting ("patient package inserts") as 'n vorm van mediagesteunde leer verwys (vide, h3:56).

Die rol van skole in hedendaagse gesondheidsopvoeding is ook tevore beklemtoon (vide, h2:47). As gemeenskapsinstelling kan verskillende onderwysinstellings deur groter toeganklikheid tot, en benutting van, moderne inligtingstechnologie deel word van die vinnig eskalerende internasionale inligtingsnetwerk om kennis as't ware na die gemeenskap te bring. Die toenemende klem op lewenslange leer bevestig dat die toepassingsmoontlikhede van media verder as die blote oordrag van roetine-inligting in formele onderrigsituasies strek. Uit 'n hulpbronoogpunt bied onderwysinstellings uitstekende geleenthede om kommunikasietegnologie vir gesondheidsopvoeding in te span: "The potential for using two-way compressed video in health promotion and education programmes and for bringing world-wide health resources into the classroom, work site or health care facility seems to be unlimited" (Fodor 1996:7). Terselfdertyd kan die integrering van moderne tegnologie op alle vlakke van die onderwysinfrastruktuur bydra tot transformasie van tradisionele onderwysinstellings tot gemeenskapsentra vir lewenslange leer (Goldberg & Richards 1995:5-16; Conradie 1995:51-53).

5.4.2 Die rol van breinfunksies, leerstyle en mediavorkeure

Aansluitend by die toepassing van mediagesteunde leer heers daar toenemende erkenning dat leerderdifferensiasie, op grond van individuele leerbehoefte, verskillende leerstyle en leerderomstandighede, 'n bepalende rol in hedendaagse gesondheidsopvoeding vervul (Redman 1988:95-99). 'n Verskeidenheid faktore ten opsigte van die individu en die onderrig-leersituasie kan tot verskillende leerstyle van leerders bydra. Hieronder geld leerders se voorkeur vir bepaalde sensoriese ervarings, met verwysing na die verskillende menslike sintuie soos sien, hoor en tas (Marais 1985:36). Dit blyk uit navorsing dat verskillende teikengroepe in die gemeenskap bepaalde mediavorkeure het wat met spesifieke gesondheidsaspekte verband hou. Chipman *et al.* (1996:133-139) het na aanleiding van navorsing oor mediavorkeure vir inligting rondom die gesondheidsgevaar van chemiese spuitmiddels tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- * Gedrukte media sou moontlik meer doeltreffend wees vir persone wat die betrokke produkte as hoë gesondheidsrisiko's beskou;
- * Massamedia soos televisie is meer toepaslik vir groepe wat die betrokke produkte as 'n lae gesondheidsrisiko beskou;
- * Videonuusberigte is meer effektief as algemene persverklarings om verskillende standpunte oor die saak te stel; en
- * Gedrukte inligting in rubriekformaat kan 'n waardevolle aanvulling tot televisie- en videomateriaal bied.

Oor mediavorkeure van pensionarisse rapporteer Walster (1986:144) dat, "... the older person will not try out entirely new games as readily as they will those that seem familiar". Dit blyk dat die betrokke teikengroep voorkeur gee aan televisie vir openbare gesondheidsopvoeding. Daarna volg (in prioriteitsorde): koerante, radio, vriende, gesinslede, boeke, pamflette, tydskrifte en plakkate. Ander navorsing (Adeyemi 1989:283-297; Machet 1991:91-95) toon dat kultuurverskille van leerders aanleiding gee tot verskillende leerstyle, wat op sy beurt die interpretasie van inligting soos geskrewe teks beïnvloed. Die algemene gevolgtrekking kan dus gemaak word dat verskillende teikengroepe in gesondheidsopvoeding bepaalde mediavorkeure het. 'n Latere hoofstuk gee aanduiding van mediavorkeure by gesondheidsopvoeding aan verskillende teikengroepe in Suid-Afrika.

'n Ander belangrike faktor wat mediavorkeure van leerders beïnvloed, is die bevinde uit neuro-psigologiese navorsing oor verskillende breinfunksies. Die chirurg, Roger Sperry, het in die vroeë sewentigerjare bevind dat die menslike brein uit twee breinhemisfere bestaan wat elk tot 'n hoë mate sekere denkprosesse onafhanklik beheer (die sogenaamde "verdeelde brein"-teorie). Die regterhemisfeer beheer hoofsaaklik bewussynsprosesse soos ruimtelike beelding, verbandlegging tussen figuuratiewe vorme en nie-verbale denke. Daarenteen word die linkerhemisfeer met bewuste, probleemgeöriënteerde denkprosesse soos verbale kommunikasie, analitiese

denke, logiese berekening en linguistieke formulering geassosieer. Alhoewel elke hemisfeer gespesialiseerde funksies vervul, is hemisferiese integrasie moontlik deur die bewustelike stimulering van regterbreinfunksies. Só kan tegnieke wat visualisering bevorder, byvoorbeeld die gebruik van grafiese voorstellings, aktiwiteit van die linkerhemisfeer aktiveer deur verbale benoeming of beskrywing van die betrokke visuele beeld (Sperry in Gilder 1982:46; Pettersson 1993:91). Op grond hiervan word illustrasies dikwels in taalonderrig gebruik, omdat dit die begrip en betekenisgewing van nuwe woorde verbeter (Goldsmith 1984:354-355; Adams & Hamm 1988:28-31). Die onderskeid tussen en integrasie van verskillende hemisferiese funksies geniet erkenning in mediese onderwys, omdat toepaslike mediagebruik in die onderrig-leersituasie 'n waardevolle bydrae kan lewer in die stimulering van regterhemisfeeraktiwiteit. Volgens Gilder (1982:50) het mediese illustreerders die vermoë om beide linkerhemisferiese en regterhemisferiese denkfunksies in die ontwerp van verskillende mediaboodskappe aan te wend, en sodoende 'n waardevolle rol in onderrig en leer op mediese gebied te lewer. Dit dien vermelding dat die mediese professies op beide linker- en regterbreinfunksies steun, byvoorbeeld in siektediagnose deur tiperende presenterende visuele tekens van 'n bepaalde siekte waar te neem, met 'n gepaardgaande skriftelike verslag van bevindinge in die betrokke geval. Noonan *et al.* (1990:205) verduidelik soos volg: "The use of clinical data in formulating a diagnosis is only one task in medicine. By contrast, much clinical data is derived from interpretation of visual information - from physical examination or investigations such as radiographs or electrocardiograms". Die aktivering en integrering van albei hemisfere is gevolglik 'n belangrike rede waarom verskillende vorme van mediagebruik in mediese onderwys wye ondersteuning geniet, veral waar ouditiewe, visuele en verbale kommunikasiekodes gesamentlik vir inligtingoordrag aangewend word (Jaspers 1993:235-239).

Opvoedkundiges en onderwysmediakundiges in Suid-Afrika gee erkenning aan die rol van hemisferiese voorkeure by leerstylverskille (Freysen *et al.* 1989:50-52; Naude 1985:110-111; Smit 1989:27-41). Die uitgangspunt is dus dat spesifieke didaktiese metodes en onderwyshulpbronne doelbewus daarop gerig moet wees om beide linkerhemisfeer- en regterhemisfeerfunksies te stimuleer. By implikasie behoort verbale materiaal nie ten koste van visuele leerstimuli aangewend te word nie, want "... the brain is built to work with pictures" (Pribram 1969:200).

5.4.3 Die relatiewe effek van media op verskillende leerdomeine

In ag genome die groter klem op mediagebruik om leergeleenthede in gesondheidsopvoeding te voorsien, is dit moontlik om die relatiewe mate waarin verskillende media spesifieke leerkategorieë help fasiliteer, te identifiseer. In hierdie verband gee Foley en Smolansky (1980:150) se uiteensetting (tabel 5, p.124) 'n duidelike beeld. Uit hierdie ontleding blyk dat elke besondere medium in 'n mindere of meerdere mate kan

Tabel 5. Relatiewe impak van verskillende media op leer (Foley & Smolansky 1980:150).

LEERDOELWITTE

MEDIATIPES	Feite & Teorie.	Visuele Identifikasie.	Begrip & Toepassing van Feite/Teorie.	Psigomotoriese Vaardighede.	Houdings & Motivering.
Illustrasies	Medium	Hoog	Hoog	Medium	Medium
Foto's	Laag	Hoog	Medium	Laag	Laag
Skryfbord	Laag	Medium	Medium	Laag	Laag
Modelle	Laag	Hoog	Medium	Hoog	Laag
Beeld/Klank	Medium	Hoog	Hoog	Hoog	Laag
Realia/Objekte	Laag	Hoog	Medium	Hoog	Laag
Uitstallings	Medium	Hoog	Medium	Laag	Medium
Geprogramm.materiaal	Hoog	Laag	Hoog	Laag	Medium
Gedrukte teks	Hoog	Laag	Hoog	Laag	Medium
Oudio-opnames	Hoog	Laag	Laag	Laag	Medium
Skyfies	Medium	Hoog	Medium	Medium	Laag
Oorhoofse projeksie	Medium	Hoog	Medium	Medium	Laag
Televisie	Medium	Medium	Hoog	Hoog	Hoog

Sleutel:

Hoog = Hoogs effektief

Medium = Matig effektief

Laag = Oneffektief

bydra om bepaalde leerdomeine te aktiveer. Ter vergelyking toon televisie en klankskyfieprogramme oor die hele spektrum leerdomeine die beste fasiliteringspotensiaal, met "hoë" effektiwiteit in drie domeine en "medium" effek in twee domeine. Televisieboodskappe is hiervolgens hoogs effektief vir leer wat die volgende inhoud: i) insig en toepassing van feite, beginsels en konsepte; ii) psigo-motoriese vaardighede en iii) beïnvloeding van houdings, sienings en motivering. Televisieboodskappe is egter matig effektief vir feitelike leer en visuele identifikasie. Grafiese voorstellings (diagramme en illustrasies) toon "hoë" effektiwiteit ten opsigte van i) visuele identifikasie en ii) insig en toepassing van feite, beginsels en konsepte, en matig effektief ten opsigte van: i) feitelike leer, ii) psigo-motoriese vaardighede, en iii) beïnvloeding van houdings, opinies en motivering. Daarenteen vertoon oudio-opnames die swakste, met "hoë" effektiwiteit slegs ten opsigte van feitelike leer en "medium" effektiwiteit ten opsigte van die beïnvloeding van houdings, opinies en motivering. Oor die algemeen toon die tabel dat die verspreiding van "hoë", "medium" en "lae" effektiwiteit vir die onderskeie mediatipes verskil.

Daar is, met ander woorde, nie een enkele medium wat ten opsigte van al die verskillende leerkategorieë hoë fasiliteringspotensiaal bied nie. Dié verskille is 'n belangrike rede waarom die multimediabbenadering in oordrag van gesondheidsboodskappe nagevolg behoort te word.

5.4.4 Analise van artikels oor mediagebruik in gesondheidsopvoeding

Die uiteensetting in die voorafgaande paragraaf stel 'n teoretiese perspektief. Die vraag ontstaan in welke mate werklike mediagebruik die genoemde teorie ondersteun, op grond van die algemene doelwitkategorieë van gesondheidsopvoeding, naamlik kennis, houdings, vaardighede en gedragsverandering (vide, h3:60). Ten einde meer duidelikheid hieroor te verkry, volg 'n bondige analise van verskillende mediatoepassings in gesondheidsopvoeding, aan die hand van geselekteerde tydskrifartikels sedert die vroeë tagtigerjare. Die volgende bevindinge ten opsigte van verskillende mediakategorieë (oudiovisuele media, gedrukte media, massamedia asook rekenaar- en multimediagebruik) word in tabelvorm aangetoon, naamlik:

- i) die teikengroep;
- ii) die inhoudelike onderwerp;
- iii) die doelwitkategorie; en
- iv) die toepassingskonteks, met verwysing na hetsy 'n ontwikkelde land of 'n ontwikkelende land.

In die analise is voorkeur gegee aan mediagebruik in ontwikkelende lande. Waar sodanige verwysingsbronne ontbreek, is voorbeelde van die betrokke mediatoepassing in 'n ontwikkelde land ingesluit. Die bronverwysing word ook telkens aangedui. Vir die doel van die analise is geen bronverwysings oor tradisionele (populêre) media ingesluit

nie, omdat wetenskaplike navorsingsartikels hieroor nie voldoende besonderhede wat in die analise gebruik kon word, bevat nie.

'n Ontleding van 40 tydskrifartikels toon verskillende oudiovisuele media (tabel 6, p.127), gedrukte media (tabel 7, p.127), massamedia (tabel 8, p.128) asook rekenaar-toepassings (tabel 9, p.128) en multimediegebruik (tabel 10, p.129) vir 'n verskeidenheid teikengroepe, onderwerpe en leerdoelwitte. Uit die onderskeie bronverwysings is 22 verskillende mediasoorte, 20 teikengroepe en 31 inhoudelike onderwerpe vir gesondheidsopvoeding geïdentifiseer. In bykans al die gevalle ($n=38 = 95\%$) was die betrokke mediagebruik op inligtingoordrag (kennisverwerwing) gemik, terwyl 19 gevalle (47,5%) houdingverandering ten doel het. Dertien gevalle (32,5%) het gedragsverandering as doel. Slegs ses gevalle (15%) het na een of ander vaardighede as doelstelling verwys.

Hierdie analise bevestig dat

- * verskillende oudiovisuele media, gedrukte media, massamedia asook rekenaar- en multimediasisteme benut word in gesondheidsopvoeding;
- * 'n wye verskeidenheid relevante onderwerpe aan verskillende teikengroepe oorgedra kan word; en
- * media as inligtingdraers wyd aangewend word, terwyl media in 'n mindere mate vir houding- en gedragsverandering benut word.

5.4.5 Ondersteunende navorsingsresultate

Teoretiese standpunte oor die waarde van media in die onderwyssituasie word ondersteun deur 'n navorsingsbasis wat die verband tussen media en leer aantoon. Onder die bekendste algemene bevindinge wat ook op mediagebruik in gesondheidsopvoeding van toepassing is, is Schramm se gevolgtrekking dat enige medium in 'n mindere of meerdere bydra tot leer, en verder opmerk dat, "... there is ample reason for confidence that what the instructional media can do, they do well" (aangehaal deur Clarke 1982:17). Die literatuur bied 'n ryke verskeidenheid navorsingsbevindinge oor media-effekte in spesifieke programme vir gesondheidsopvoeding. Na analise van verskillende media-ondersoeke kom Tones *et al.* (1991:165) byvoorbeeld tot die gevolgtrekking dat media die grootste waarde vir gesondheidsopvoeding inhou indien dit op doelwitte wat op waardes en motivering fokus, gerig is. Fletcher (1986:230) maak die gevolgtrekking dat, in situasies waar beperkte leerderdeelname vereis word, mediablootstelling aan relevante inligting op sigself voldoende kan wees vir leer op kennis- en insigvlak wat tot gedragsverandering kan lei.

Ander insiggewende resultate van Lawson en Baltach (1981:119-121), Hunt *et al.* (1982:304-305) en Backdash (1991:128-131) is dat die effek van media in gedragsverandering soms minder ingrypend is as wat aanvanklik vermoed is, en dat kennisoordrag asook houdingverandering makliker as gedragsverandering deur middel van mediagebruik bereik kan word.

Tabel 6. Ontleding van oudiovisuele mediatoeepassings in gesondheidsopvoeding.

MEDIATIEPE	TEIKENGROEP	ONDERWERP	DOEL	SITUASIE	BRONVERWYSING
Modelle	Buitepasiënte	Siektebehandeling	K	Indust	(Griffiths 1982)
Illustrasies	Primagravida	Borsvoeding	KH	Ontwik	(Hugo & Skibbe 1991)
Piktogramme	Kinders	Ongelukvoorkoming	KH	Ontwik	(Hugo 1994)
	Volwassenes	Voedselkeuses	KHG	Ontwik	(Levin 1996)
Spotprente	Gesinne	Kankervoorkoming	KHG	Ontwik	(Putn. & Yanag. 1985)
Diagramme	Kinders	Geestesgesondheid	K	Ontwik	(Hubley 1994)
Foto's	Publiek	Petrochemiese nywerhede	K	Indust	(Auger 1984)
Oudiobande	Buitepasiënte	Chirurgiese prosedure	K	Indust	(Griffiths 1982)
Rolprente	Publiek	Diaree/Higiëne	K	Ontwik	(Henrich 1989)
Video	Primagravida	Borsvoeding	KHG	Ontwik	(Rossiter 1993)
Fotoverhale	Adolescente	Rook & Dwelmmisbruik	KH	Indust	(Woods 1991)

Tabel 7. Ontleding van gedrukte mediatoeepassings in gesondheidsopvoeding.

MEDIATIEPE	TEIKENGROEP	ONDERWERP	DOEL	SITUASIE	BRONVERWYSING
Plakkate	Studente	Vigs	KHG	Ontwik	(Ferguson 1989)
Pamflette	Kinders	Talassemie	KHG	Ind/Ontw.	(Giot 1987)
	Publiek	Melaatsheid	K	Ontwik	(Cripwell 1988)
Pamflette & Plakkate	Publiek	Voeding/Anemie	K	Ontwik	(Mariasy 1984)
Tydskrifte	Tieners	Rookgevaar	KH	Indust	(Woods 1991)
Plakkaat/ Advertensies	Hoë riskogroepe	Vigs	HG	Indust	(Stockdale e.a 1989)

Sleutel:

K = Kennis, H = Houding, G = Gedrag, V = Vaardighede,
Indust = Industriële land, Ontwik = Ontwikkelende land.

Tabel 8. Ontleding van massamediatoeepassings in gesondheidsopvoeding.

MEDIA	TEIKENGROEP	ONDERWERP	DOEL	SITUASIE	BRONVERWYSING
Televisie	Publiek	Voeding	K	Ontwik	(Saibaba e.a 1993)
	Publiek	Vigs	KHG	Ind/Ontw.	(Baggaley 1988)
Satelliet TV	Mans/vroue	Higiëne/Gesinsbeplanning	KHG	Ontwik	(Clergerie 1981)
Radio/Pamflet	Primagravida	Geestesgesondheid	KH	Indust	(Hamlin e.a 1986)
Tydsk/Plak/Pamf/	Studente	Vigsvoorkoming	K	Ind/Ontw.	(Madhok e.a 1992)
TV/Tydskrif	Publiek	Dwelmmisbruik	KHG	Indust	(Davies 1988)
TV/Radio	Publiek	Lewenstyl/Vigs/Rook	K	Ontwik	(Ling 1989)
TV/Radio/Koerant	Ouers	Kindergestremdheid	K	Ontwik	(Perks & Shears 1988)
TV/Rad/Plak/Pamf	Publiek	Vigsvoorkoming	KHG	Ontwik	(Nunn 1987)
TV/Flitskaart/ Plakk/Pamflet	Publiek	Voeding/Anemie/Gesinsbepl.	K	Ontwik	(Mariasy 1984)

Tabel 9. Ontleding van rekenaartoeepassings in gesondheidsopvoeding

MEDIA	TEIKENGROEP	ONDERWERP	DOEL	SITUASIE	BRONVERWYSING
RGO	Gestremde kind.	Beroepsopleiding	KV	Ontwik	(Homs 1993)
	Hiperakakt. kind	Selfbeheer	KG	Indust	(Blant. & Johns.1991)
	Gestremde studen.	Kommunikasievaardighede	V	Indust	(Shell e. a. 1989)
Rekenaarspel	Kinders	Mondhigiëne	K	Indust	(Dowey 1987)
RBO	Huisvroue	Servikale ondersoek	KHG	Indust	(Eardly e.a. 1988)
RBO	Afro-Amerikaners	Voeding	K	Indust	(Johnson e.a. 1992)
Interakt. video	Kankerpasiënte	Kankersimptome	K	Indust	(Ingram e.a. 1992)

Sleutel:

RGO = Rekenaargestesteunde onderrigprogram

RBO = Rekenaarbeheerde onderrigprogram

Interakt. video = Interaktiewe videoprogram

Tabel 10. Ontleding van multimediatoeepassings in gesondheidsopvoeding

MEDIA	TEIKENGROEP	ONDERWERP	DOEL	SITUASIE	BRONVERWYSING
Televisie/Video/ RGO/Oudioband Video/Pamflet Video/Poppespeel/ Pamflette/ Klankskyfieprog. Rolprent/Radio/ Boeke/Plakkate/ Grafika/Liedere RGO/Grafika/ Foto's Telemultimedia	Gesondh. werkers Kinders Tieners Vroue & Kinders Kinders & Adoles. Volwassenes	Kindersiektes Veiligheid Seksualiteit Bemagtiging Voeding Babasorg	KV KH K KHV KVHG K	Ontwik Indust Ontwik Ontwik Indust Indust	(Roz.-Rosen e.a 1993) (Davis e.a 1990) (De Valesco 1989) (Aghi & Carneg. 1996) (Yoshike e.a. 1995) (Sweeney e.a. 1995)

In die volgende paragrafe word slegs 'n oorsigtelike beeld van relevante navorsingsbevindinge oor die impak van enkele mediakategorieë in gesondheidsopvoeding gegee. Bronne is beskikbaar waarin navorsingsresultate oor spesifieke mediakategorieë meer omvattend bespreek word, byvoorbeeld Atkin en Wallack (1990) se werk oor massamedia.

5.4.5.1 Pamflette

Navorsing deur Turner (1981:11-12) toon dat meer as negentig persent vrouepasiënte by 'n borsvoedingkliniek beskikbare pamflette lees, alhoewel slegs 'n geringe aantal (15,9%) as gevolg van die pamflette tot gedragsverandering gemotiveer is.

5.4.5.2 Illustrasies

In 'n latere hoofstuk word verwys na relevante navorsingsbevindinge oor die leereffek van verskillende illustrasieformate. Derhalwe word volstaan met enkele bevindinge na aanleiding van onlangse navorsing in Suid-Afrika. Tydens 'n onlangse veldstudie het die skrywer bevind dat 'n prentkaartspel vir voorkoming van kinderongelukke spesifieke didaktiese voordele inhou in terme van:

- * die stimulering van kinders se kognitiewe vaardighede;
- * die verandering van houdings oor voorkoming van kinderongelukke;
- * die verhoging van die tempo van konseptuele denke; en
- * die verhoging van kennis oor die betrokke onderwerp.

Die grootste algehele verbetering ten opsigte van leerprestasie was onder die Xhosagroep (53,4%) in vergelyking met 51,1 persent van die Afrikaanssprekende en 35,2 persent van die Engelssprekende (kontrole) groep onderskeidelik. Hierdie is 'n insiggewende bevinding, aangesien die meeste onnatuurlike kindersterftes in Suid-Afrika in nie-formele woongebiede met 'n ekonomies arm en lae geletterdheidsprofiel voorkom (Hugo 1995:14).

5.4.5.3 Rolprente, video en massamedia

Ten opsigte van rolprente en televisieprogramme is bevind dat beide volwassenes en kinders se vrees vir die hospitaalomgewing (spesifiek die trauma rondom 'n beplande operasie) deur gebruik van die betrokke media verminder is, en verder dat pasiënte se vermoë om ingeligte besluite te neem, chroniese ongesteldheid te beheer en siektes te voorkom sodoende verbeter het (Baron & Byrne 1981:527). Pickens (1984:120) kom tot die gevolgtrekking dat die impak van rolprente varieer na aanleiding van spesifieke teikengroepkenmerke (byvoorbeeld ouderdom) en dat die effek van rolprente op kennis-, houding- en gedragsverandering rondom dwelmmisbruik, in vergelyking met tradisionele massamedia, gering is. Nichols en Schmidt (1995:5-10) se navorsing toon dat opvoedkundige videoprogramme huisvroue se kennis oor korrekte eetgewoontes, wat verband hou met gesonde lewenstyl, verhoog het. Dit blyk ook dat videospelletjies opvoedkundige voordele inhou, byvoorbeeld deur denkaktiwiteit te stimuleer - vlieëniers in die weermag wat as kinders dikwels videospelletjies gespeel het, is meer

op en wakker en verstandelik skerper as eweknieë wat hul tyd aan minder uitdagende aktiwiteite gewy het (Die Burger, 23 Sept 1993).

Oor die effek van massamedia is beduidende veranderinge in laerskoolleerlinge se houding en kennis met betrekking tot geslagsopvoeding, asook ouerbetrokkenheid ná implementering van opvoedkundige televisie gerapporteer (Rogers (1973:87-93). Uit Sutton en Hallet (1987:363-366) asook Baggaley (1989:43-47) se navorsing blyk dit dat 'n skerp afname in die rookgewoonte binne 'n spesifieke gemeenskap bereik is deur middel van anti-rookveldtogte in die massamedia waarin televisie 'n prominente rol vervul het.

5.4.5.4 Rekenaargebruik en die multimedienadering

Oor die effek van rekenaarondersteunde onderrig rapporteer Lyon (1982:340-341) dat, alhoewel 'n bepaalde program leesvaardighede vereis en die betrokke videoterminaal geen grafika kon vertoon nie, pasiënte wel in terme van leer daarby kon baat vind. 'n Ander studie (Redman 1988:169) toon dat rekenaargebruik in pasiëntonderrig groter gewigsverlies by pasiënte, agt maande na behandeling, teweeg gebring het in vergelyking met tradisionele onderrigmetodes. Verder rapporteer Dowey (1997:107) dat rekenaarondersteunde onderrig die mees effektiewe wyse van inligtingoordrag oor mondgesondheid is, alhoewel die kennis van die respondente in die betrokke studie nie beduidend vermeerder het nie.

Charlton (1983:67-73) rapporteer verder dat *Assegai*, 'n multimediapakket 'n deurslaggewende bydrae gelewer het in verandering van sestionariges se kennis, houding en gedrag oor risikogedrag by kanker. 'n Ondersoek onder verwagte vroue toon verder dat die kombinasie van radioprogramme en geskrewe materiaal suksesvol was vir kennisvermeerdering asook houdingverandering ten opsigte van neonatale sorg (Hamlin *et al.* 1986:231-235). Ander navorsing (Chipman *et al.* 1996:133-139) het getoon dat gedrukte teksmedia meer effektief vir gehore met bekommernis oor gesondheidsrisiko's soos omgewingsbesoedeling is as vir gehore wat daarvoor minder bekommerd is. Vir laasgenoemde groep is die massamedia meer doeltreffend. Radioboodskappe blyk laer impak as videomateriaal in die aanbieding van verskillende standpunte oor 'n kontroversiële onderwerp te hê.

5.5 SAMEVATTING

Boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding kan nie van media los gemaak word nie, omdat media vorm gee aan boodskappe en boodskapoordrag moontlik maak. Verder staan media ook nie los van die onderrigleersituasie as geheel nie. Daarom het hierdie hoofstuk op aspekte van mediagebruik in gesondheidsopvoeding gefokus. 'n Wye spektrum media - van eenvoudige audiovisuele media en tradisionele media tot gevorderde (hoë)tegnologiese kommunikasiesisteme - is toepaslik vir gesondheidsopvoeding. Ten einde die potensiële waarde van media optimaal te benut, behoort die verbintenis tussen mediagebruik en verskillende leerdomeine, leerstyle en media-

voorkeure van leerders telkens oorweeg te word. Daar is aangetoon dat doelwitte op kennisvlak hoë prioriteit in mediagebruik by gesondheidsopvoeding verkry, alhoewel houding- en gedragsverandering asook vaardigheidsontwikkeling ook bereik kan word. Dit blyk dat media as leerbronne 'n nuwe dimensie aan mediagebruik in gesondheidsopvoeding verleen en mediagesteunde leer onder andere aan onderwysinstellings in die gemeenskap nuwe kanale vir inligtingoordrag in gesondheidsopvoeding kan bied.

Vanweë die besondere behoeftes van ontwikkelende lande word media al hoe meer gesien as 'n waardevolle hulpbron wat tot voordeel van gemeenskapsontwikkeling en gesondheidsopvoeding in die gemeenskap benut word. Radio en televisie is uitnemend geskik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende gemeenskappe, alhoewel eenvoudige tegnologie ook 'n waardevolle fasiliteringsrol in dié spesifieke situasie kan vervul.

In die lig van die feit dat media boodskapdraers is, verskuif die fokus in die volgende hoofstuk na aspekte van kommunikasie in gesondheidsopvoeding.

Bylae 5A**Popliedjie deur vigsslagoffer in Uganda**

(Magezi 1991: 304)

ALONE

Out there somewhere, a-lone and frigh-tened of the
darkness, the days are long. Life of hiding, no more making new contact, no more
loving arms thrown a-round my neck. Take my hand now...

Out there somewhere
Alone and frightened
Of the darkness
The days are long
Life of hiding
No more making new contact
No more loving arms
Thrown around my neck.

Take my hand now
I am tired and lonely
Give me love
Give me hope
Don't desert me
Don't reject me
All I need is love
And understanding.

Today it's me
Tomorrow someone else
It's me and you
We got to stand out and fight
We'll shed a light
In the fight against AIDS
Let's come on out
Let's stand together and fight AIDS.

In times of joy
In times of sorrow
Let's take a stand and fight on to the end
With open hearts
Let's stand out and speak out
To the world
We'll save some lives
Save the children of the world.

Let's be open
Advise the young ones
A new generation
To protect and love
Hear them singing
Playing, laughing
Let's give them everything
In truth and love.

Take the message
Cross the frontiers
Break the barriers
We'll fight together
The doors are open
We'll lead the struggle
We won't bow down in defeat
We'll fight on.

Hoofstuk 6

ASPEKTE VAN KOMMUNIKASIE IN GESONDHEIDSOPVOEDING

6.1	INLEIDING	134
6.2	BASIESE KOMMUNIKASIESTRATEGIEE IN GESONDHEIDS- OPVOEDING	134
6.2.1	Die Inligtingstrategie	135
6.2.2	Oorredingskommunikasie en die Bemarkingstrategie	135
6.3	ASPEKTE VAN MASSAKOMMUNIKASIE	143
6.3.1	Die reikwydte van massamedia	144
6.3.2	Die funksies en impak van massamedia in die gemeenskap	145
6.3.3	Die beperkinge van massakommunikasie	147
6.3.4	Riglyne vir massamediagebruik in gesondheidsopvoeding	149
6.4	BOODSKAPASPEKTE IN GESONDHEIDSKOMMUNIKASIE	151
6.4.1	Moontlike benaderings in boodskapformulering	151
6.4.1.1	Die vreesbenadering	151
6.4.1.2	Die logiese benadering	151
6.4.1.3	Die emosionele benadering	151
6.4.1.4	Die positiewe benadering	152
6.4.1.5	Die negatiewe benadering	152
6.4.1.6	Die eensydige benadering	152
6.4.1.7	Die gebalanseerde benadering	152
6.4.1.8	Die humoristiese benadering	152
6.4.2	Sosio-kulturele aspekte van gesondheidskommunikasie	154
6.4.2.1	Die rol van interkulturele kommunikasie	155
6.4.2.2	Die moontlikheid van kultuurvreemde taalgebruik	156
6.4.2.3	Die moontlikheid van kultuurvreemde liggaamstaal	157
6.4.2.4	Die moontlikheid van kultuurvreemde humor	158
6.4.2.5	Die moontlikheid van kultuurvreemde visuele beelde	158
6.4.3	Perspektief op boodskapeffekte in gesondheidsgedrag	164
6.4.3.1	Die kompleksiteit van media-effekte	164
6.4.3.2	Gunstige effekte van mediaboodskappe	166
6.4.3.3	Moontlike nadelige effekte van mediaboodskappe	167
6.4.3.4	Uiteenlopende effekte van media-advertensies	171
6.4.4	Die rol van mediageletterdheid	172
6.4.4.1	Vorme van mediageletterdheid	173
6.4.4.2	Die belangrikheid van media- en visuele geletterdheid	174
6.4.4.3	Die kommunikatiewe effek van visuele ongeletterdheid	174
6.4.5	Implikasies vir mediagebruik en boodskapontwerp	176
6.5	SAMEVATTING	177

Hoofstuk 6

ASPEKTE VAN KOMMUNIKASIE IN GESONDHEIDSOPVOEDING

6.1 INLEIDING

Die teoretiese onderbou ten opsigte van boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding sou gebreke toon indien dit nie 'n kommunikasieperspektief insluit nie. Boodskappe en kommunikasie kan immers nie geskei word nie. Vir Van Schoor (1982:56-60) kan die wese van kommunikasie tot die begrip "boodskapverkeer" gereduseer word, terwyl Quilliam (1975:126) kommunikasie as die sleutel tot suksesvolle leer beskou, want "... meaningfull communication provides the vital link between passively stored information and the sense of awareness in the minds of individuals".

Volgens McAnany (1980:45) heers daar 'n algemene toestand van kommunikasiedisfunksie ("undercommunication") in die meeste landelike gebiede van ontwikkelende lande, weens 'n gebrekkige kommunikasie-infrastruktuur. Dit blyk ook dat daar 'n noue interaksie tussen die voorsiening van inligting, gesondheidsopvoeding en gesondheidskommunikasie bestaan, soos die strategie van *Information, Education and Communication (IEC)*, wat algemeen in gesondheidsbevorderingaksies in ontwikkelende lande toegepas word, illustreer (Hubley 1994:17; World Bank Report 1994:38).

Hierdie hoofstuk fokus gevolglik op aspekte van gesondheidskommunikasie in samehang met gesondheidsopvoeding. Sommige skrywers stel gesondheidsopvoeding gelyk aan kommunikasie. Downie *et al.* (1991:28) omskryf gesondheidsopvoeding byvoorbeeld as kommunikasie ter bevordering van menslike welsyn en die voorkoming of vermindering van siekte deur die oortuigings, houdings en gedrag van individue en groepe in die gemeenskap te beïnvloed.

Aangesien gesondheidskommunikasie 'n wye terrein dek, word die aandag tot sekere relevante aspekte beperk. Die grootste gedeelte van die hoofstuk bespreek verskillende boodskapaspekte. Hierbenewens word basiese kommunikasiestrategieë in gesondheidsopvoeding en aspekte van massakommunikasie bespreek.

6.2 BASIESE KOMMUNIKASIESTRATEGIEË IN GESONDHEIDSOPVOEDING

Kommunikasie vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande is 'n dinamiese veelkantige verskynsel. 'n Analise van die literatuur oor gesondheidskommunikasie bring ten minste twee fundamentele realiteite na vore. Eerstens kan sekere universele beginsels van kommunikasie geïdentifiseer word wat in gesondheidskommunikasie van toepassing is, byvoorbeeld die identifikasie van 'n boodskapsender, 'n toepaslike medium as boodskapdraer en die ontvangers van boodskappe. Hierbenewens het kommunikasie in gesondheidsopvoeding 'n eiesoortige problematiek wat unieke benaderings en strategieë vereis, ter onderskeid van kommunikasie in ander situasies soos die reklamewese (vide, h1:14). Alvorens verskillende boodskapaspekte onder die

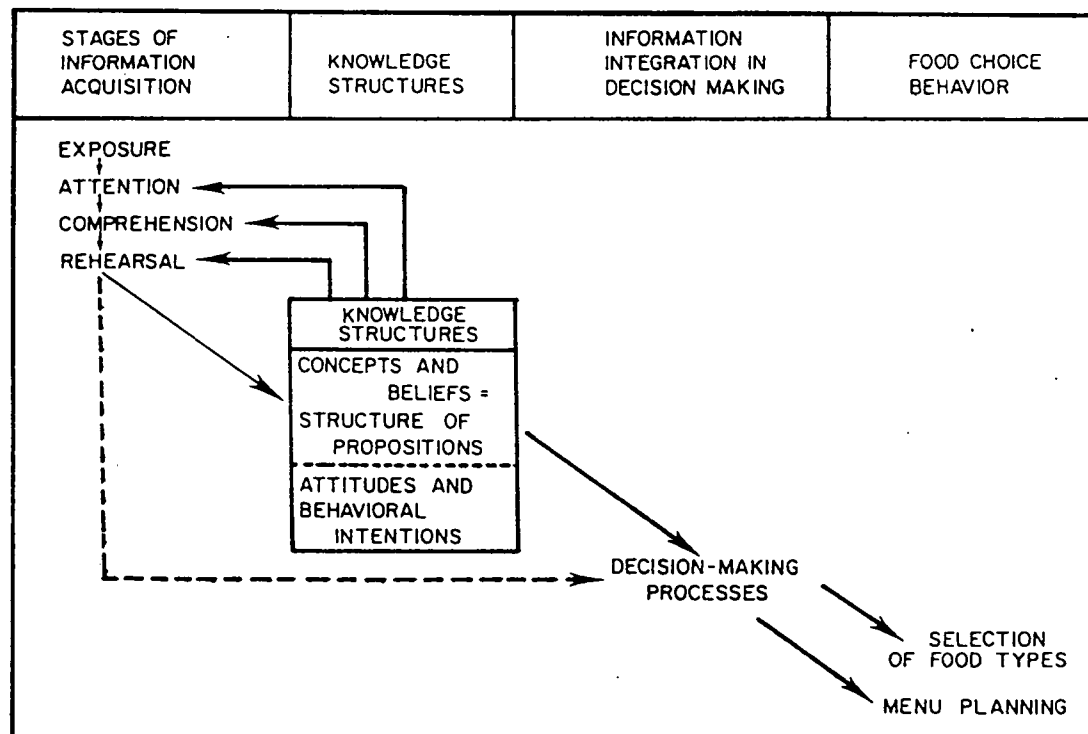
soeklik kom, word enkele algemene kommunikasiestrategieë in gesondheidsopvoeding en aspekte van massakommunikasie bespreek.

6.2.1 Die Inligtingstrategie

Die voorsiening van kennis, met die oog op ingeligte besluitneming, is 'n basiese vertrekpunt in hedendaagse gesondheidsopvoeding (vide, h2:40). Op grond hiervan lê sommige skrywers soos Olson en Sims (1980:157-161) klem op die rol van inligtingverwerking in gesondheidsgedrag, byvoorbeeld tydens persoonlike besluitneming oor spesifieke eetgewoontes en aksies vir siektevoorkoming. Inligtingverwerking, soos in figuur 6.1 voorgestel, verloop volgens 'n liniêre proses wat deur bepaalde opeenvolgende fases gekenmerk word. Die proses sluit inligtingpersepsie, die vertolking van inligtingkodes op grond van bestaande kennis, houdings, opvattings en motivering, asook die integrering van nuwe inligting by bestaande kognitiewe strukture in. Uiteindelik behoort nuwe kennis 'n effek op persoonlike besluitneming en gesondheidsgedrag te hê.

Figuur 6.1 Die Inligtingprosesseringmodel toegepas in dieetgedrag

(Olson & Sims 1980:158)



6.2.2 Oorredingskommunikasie en die Bemarkingstrategie

Die toepassing van bemarkingstrategieë en oorredingskommunikasie in gesondheidsopvoeding is algemeen bekend. Verskeie skrywers soos Ashton (1985:155-156), Tones *et al.* (1991:166-172), Glanz *et al.* (1991:342-367), Boydell *et al.* (1991:31-

33) asook Gelb en Bryant (1994:407-413) benadruk dat die impak van boodskappe in gesondheidsopvoeding deur die toepassing van verskillende bemarkingsbeginsels kan verbeter. Volgens Dewapura (1994:174) bestaan daar voldoende bewyse dat, "...social marketing can effectively combat a highly stigmatized disease". Bemarkingsbeginsels kom ter sprake by die beplanning en ontwerp van media-advertensies om spesifieke teikengroepe te oortuig om produkte soos kontraseptiewe middels, voedingsupplemente en verskillende medikasies te gebruik (Chesterfield-Evans & O'Conner 1986:241-244; Guthrie *et al.* 1995:163-172; Levin 1996:282-283). Die reklamebenadering is onder andere in mediaveldtogte vir voorkomende VIGS-opvoeding en opvoeding oor dwelmmisbruik (Lavigne *et al.* 1986:11-16; Gordon 1989:12-14), kankervoorkoming (Stein 1986:3-10) en die rookgewoonte (Piper 1986:129-132; Vaque & Salleras 1986:117-122) toegepas. Voorbeelde bestaan waar die bemarkingsbenadering tot gesondheidskommunikasie suksesvol in ontwikkelende lande soos Sri Lanka, Nigerië, Indië en Pakistan toegepas is (Ogunbekun 1991:423-425; Dewapura 1994:173; Aghi & Carnegie 1996:24-27).

Spesifieke bemarkingsbeginsels wat hier ter sprake kom, sluit 'n duidelike visie van verwagte suksesse en mikpunte, 'n bemarkingsfilosofie, 'n omvattende bemarkingsaksie, teikenmarkontleding en verbruikerdifferensiasie, persoonlike- en massakommunikasie asook inagneming van mededingers in. Die invloed van bemarkingsbeginsels is duidelik vervat in sommige definisies van gesondheidsbevordering (wat gesondheidsopvoeding insluit). Seager en Cerff (1992:19) omskryf gesondheidsbevordering as 'n *geïntegreerde proses* met deeglike inagneming van die potensiële *teikenmark*, die relevante *omstandighede* en beskikbare *hulpbronne* wat gesondheidswerkers in staat stel om die *optimale oplossing* te bereik deur implementering van toepaslike, aanvaarbare en meetbare aksies. In dié sin toon die bemarkingsbenadering noue ooreenkoms met situasie-analise in die beplanning van programme vir gesondheidsopvoeding, want albei gebruik die teikengroep se omstandighede en leerbehoefte as vertrekpunt (vide, h4:77). Ter verdere verduideliking word kortliks enkele voorbeelde genoem hoe sekere bemarkingsbeginsels in kommunikasie vir gesondheidsopvoeding manifesteer.

Produkbe-marking is gewoonlik op geïdentifiseerde menslike behoeftes gebaseer, terwyl Maslow se motiveringsteorie dikwels as teoretiese model vir motiveringstrategieë by primêre gesondheidsorg in Afrika gebruik word (Chalmers 1990:92-96). Volgens Maslow se teorie kan verskillende verbandhoudende vlakke van basiese menslike behoeftes onderskei word, naamlik fisiese behoeftes, die behoefte aan veiligheid (sekuriteit), die behoefte aan sosiale verkeer, die behoefte aan persoonlike erkenning, asook die behoefte aan lewensvervulling (Davis 1981:275-277).

'n Omvattende **bemarkingsaksie** is op vier kernbeginsels gebaseer, naamlik die produk, prys, plek en promosie wat daarop gerig is om die mees toepaslike produk vir die toepaslike mark op die toepaslike tyd en plek te lewer - dit staan algemeen bekend as

die "4 P-formule" (Tones *et al.* 1991:166). By toepassing in gesondheidsopvoeding kan pasiënte of die gemeenskap as die teikenmark (verbruikers) gesien word, terwyl persoonlike gesondheid en welsyn die "produk" is wat bemark word (Chamberlein 1986:37-41; Tones *et al.* 1991:170; Glanz *et al.* 1990:346-347).

Marksegmentering verwys in hierdie situasie na die identifisering van spesifieke teikengroepe op wie gesondheidsopvoeding gerig is. Die primêre rol en waarde van die bemarkingsbenadering in gesondheidsopvoeding is dus daarin geleë dat die behoeftes en omstandighede van spesifieke teikengroepe tydens boodskapontwerp deeglik ontleed en in ag geneem word (Lefebvre *et al.* 1995:49). Verder behoort enige kompeterende openbare onderneming die sterkpunte en swakpunte van bestaande en potensiële **mededingers** te ontleed. Só is die vermaaklikheidsindustrie, wat gewoonlik veel meer vermaaklikheidswaarde en "aksie" as programme of massamediaveldtogte vir gesondheidsopvoeding bied, 'n belangrike mededinger in gesondheidsopvoeding. Kommunikasie-media kan as onontbeerlike **hulpbronne** in gesondheidsopvoeding gesien word, terwyl beide interpersoonlike kommunikasie en massakommunikasie in gesondheidsopvoeding benut word. Daarby het gesondheidsopvoeding sekere **sukksesverwagtinge** in terme van lewensvaardighede en kennis met die oog op ingeligte besluitneming wat verskillende teikengroepe moet verwerf.

Gepaardgaande met die bemarkingstrategie het oorredingskommunikasie ook 'n gevestigde plek in gesondheidsopvoeding. Die volgende opmerking van 'n tandarts vat die belangrike rol van oorredingsvaardighede in gesondheidskommunikasie kernagtig saam: "If you cannot communicate, there is no hope of persuading patients of anything!" (Towner 1986:245). Oor die algemeen het oorredingskommunikasie ten doel om inligting op so'n wyse aan individue of groepe persone oor te dra dat die boodskap vir die betrokke ontvangers aanvaarbaar is en die teikengroep beweeg word om spesifieke aksies ter bevordering van persoonlike gesondheid te neem, byvoorbeeld om riglyne vir gebalanseerde dieet toe te pas (Chambers & Abrams 1986:91-89; Witte 1995:145-166). Alhoewel enige gesondheidsboodskap min of meer op oorredingswyse aangebied kan word, is oorredingskommunikasie veral geskik waar die betrokke teikengroep of individu die verlangde gedragsverandering as 'n risiko, veeleisend of 'n dramatiese ingreep op bestaande lewenstyl beskou. Verder word oorredingstegnieke dikwels gevolg waar wye openbare bewusmaking van bepaalde gesondheidsbedreigende toestande noodsaaklik is en die kommunikasieproses oor 'n relatief lang tydperk verloop (Greene & Simons-Morton 1984:220). Sekere situasies leen hulle uitstekend vir oorredingskommunikasie, byvoorbeeld 'n buitepasiëntklyniek waar pasiënte soms lang ure vir behandeling kan wag. In sulke gevalle kan oorredingskommunikasie en die inligtingsbenadering gekombineer word in programme vir gesondheidsopvoeding aan pasiënte (Clarke 1980:21-22).

Mediaboodskappe wat op oorredingsbeginsels geskoei is, slaag daarin om ontvangers se aandag te trek, hulle aandag te behou en reaksie te ontlok. Volgens Swarts

(1997:23) se verduideliking kan afgelei word dat sekere mediaboodskappe motiveeringswaarde inhou: "People are best motivated when they themselves are able to articulate the benefits and costs of taking action ... It follows that one must try to get them to that stage of readiness when they have sufficiently internalised the reasons for changing and can express those reasons for themselves". Daarom behoort kennis geneem te word van beproefde strategieë wat in reklame-ontwerp gevolg word, byvoorbeeld die sogenaamde *AIDA*-formule wat vier spesifieke reklameriglyne verteenwoordig. Die betekenis van elk word vervolgens kortliks verduidelik:

Aandag (Attraction):

Die advertensie moet die korrekte boodskapelemente (kleur, klank, beelde, persone) bevat om die aandag van potensiële kopers vas te vang.

Belangstelling (Interest):

Nadat die aandag verkry is, moet die advertensie voldoende visuele en verbale stimulasie-elemente bevat om die kopers se aandag te behou.

Begeerte (Desire):

Die begeerte om 'n spesifieke produk te besit moet deur noukeurige marksegmentering en die benutting van 'n bepaalde aanslag soos die fokus op 'n gelukkige gesinslewe, ideale en fantasie asook humor geskep word.

Aksie (Action):

Die potensiële verbruikers moet oortuig word dat dit binne hulle vermoë is om die betrokke produk te bekom (op grond van beskikbaarheid, noodsaaklikheid en koste) en gemotiveer word om tot aksie oor te gaan deur die produk te koop (Stewart *et al.* 1996:127).

Bogenoemde riglyne kan die impak van boodskappe vir gesondheidsopvoeding verhoog, want gesondheidsboodskappe moet spesifieke individue, groepe en gemeenskappe van sekere siektes of gesondheidsrisiko's bewus maak en hulle terselfdertyd tot gepaste aksie motiveer, byvoorbeeld om sekere medikasies ter verligting van siektesimptome te gebruik, of persoonlike lewenstyl aan te pas om gesondheidsrisiko's te verminder. In oorredingskommunikasie gaan dit juis om die bewusmaking en oorreding van mense om tot daadwerklike aksie oor te gaan ten einde persoonlike gesondheidsbedreigende gedrag te verander. Die toepassing van die genoemde riglyne vir reklame-ontwerp binne konteks van mediaboodskappe in gesondheidsopvoeding word in 'n dinamiese advertensie vir 'n nasionale rookvrye dag in Kanada geïllustreer (figuur 6.2, p.139). Die grafiese voorstelling het beide visuele aantrekkingskrag en behou ook die kyker se aandag om die boodskap ondubbelsinnig en duidelik oor te dra.

Alhoewel die noodsaaklikheid en waarde van oorredingskommunikasie nie onderskat kan word nie, bestaan daar wel bedenkinge oor die uitsluitlike toepassing daarvan in gesondheidsopvoedingprogramme. Tones *et al.* (1991:135) benadruk dat oorredings-

Figuur 6.2 Reklame-ontwerp in rookvoorkomingboodskap (Piper 1986:129)



kommunikasie in die kliniese situasie nie eerstens gebruik moet word om pasiënte te oortuig om bepaalde voorskrifte te volg nie, maar eerder om gepaste aksies vir die behandeling en voorkoming van siektes aan die pasiënte te verduidelik sodat hulle self sinvolle keuses in dié verband kan maak. Daarom stel ander skrywers soos Maibach (1995:209-224) en Parrot (1995:20) dit duidelik dat oorredingskommunikasie in gesondheidsopvoeding die grootste waarde inhou indien bepaalde oorredingstegnieke met toepaslike onderrigmetodes en strategieë, soos groepwerk asook persoonlike (verbale) kommunikasie, gekombineer word.

Te midde van die voordele wat bemarkingsbeginsels vir gesondheidsopvoeding inhou, is die benutting van advertensiemedia vir openbare inligting oor gesondheidsake wêreldwyd 'n kontroversiële onderwerp (Novelli 1990:78-87). Die verbintenis tussen gesondheidsopvoeding en die advertensiewese word selfs as 'n "risiko-verenootskap" beskryf (Boydell *et al.* 1991:33-35; Tones *et al.* 1991:128). Die kritiek lê veral in die potensiële negatiewe effekte van ondeurdagte mediaboodskappe en wanvoorstellings in media-advertensies op gesondheidsgedrag. Wanvoorstellings van sleutelinligting is as belangrike tekortkoming in televisieprogramme oor alkoholgebruik en dieetriglyne, byvoorbeeld in verband met 'n gebalanseerde ontbyt vir kinders, geïdentifiseer (Hansen 1986:127; Fieldhouse 1986:11; Rössni 1991:301-302; Kotz & Story 1994:1296-1301). Baggaley (1989:5) lewer ook skerp kritiek oor die klaaglike mislukking van die eerste VIGS-veldtog op televisie in Suid-Afrika weens die oorbeklemtoning van 'n bemarkingsaanslag in die betrokke boodskapontwerp, en skryf: "The advertising agency concluded that the campaign had helped the public to appreciate

its ignorance about AIDS". Volgens Signorielli (1990:103) bestaan daar 'n verband tussen televisiekykpatrone en obesiteit (vetsug) enersyds, asook tussen televisiekykpatrone en verlaging van liggaamlike fiksheid andersyds.

Bier, alkohol en sigarette is sosiale verbruikersprodukte van die hedendaagse lewenstyl wat die meeste voorkeur in televisie- en radio-advertensies geniet (Novelli 1990:81-83). Gevolglik word kommer oor die invloed van media-advertensies in die misbruik van sosiaal-aanvaarbare produkte soos alkohol en sigarette dikwels uitgespreek (Atkin *et al.* 1984:157-167; Flay 1987:153-160; Nel 1995:100-103). Chapman en Egger (1984:166-186) wys op verskeie mites weens ondeurdagte media-advertensies oor tabakprodukte, byvoorbeeld die wanopvatting dat indien mense deur advertensies oortuig kan word om te rook, hulle moontlik ook oortuig kan word om op te hou rook. Volgens Tucker (1985:593) kan die psigologiese impak van dinamiese media-advertensies die voordele van 'n voorligtingsprogram met die oog op 'n gesonde lewenstyl aan skoolkinders teenwerk.

Uit 'n etiese oogpunt bestaan daar ooglopende verskille tussen die prioriteite van gesondheidsopvoeding teenoor dié van die reklamewese. In eersgenoemde geval geniet onder andere opvoeding, die uitskakeling en vermindering van gesondheidsbedreigende omgewingsfaktore asook langtermynresultate voorrang. Daarenteen gee die openbare massamedia prioriteit aan korttermynresultate, vermaak, ekonomiese wins en bewusmaking van samelewingsgebeurlikhede (Atkin & Arkin 1990:16). Ten beste sou gesondheidsopvoeding hom met die bemaking van sekere produkte se inherente gesondheidswaarde besig hou. Die reklamewese is meesters in die manipulerings van verbruikers om die verkope van bepaalde produkte te verbeter. Volgens Boydell *et al.* (1991:31) word advertensies gebruik om groepdruksituasies te skep wat individue se basiese lewensbehoeftes uitbuit. Die opmerking van CW Post, die stigter van die Amerikaanse voedselreus *General Foods*, gee 'n sprekende voorbeeld: "You can't just manufacture cereal. You've got to get it halfway down the customer's throat through advertising. Then they've got to swallow it" (Fieldhouse 1986:12). Verder moet daarop gewys word dat die massamedia meestal nie die gesondheidswaarde van produkte duidelik oordra nie, maar eerder die potensiële sosiale verheffingswaarde of moontlike vervulling van sekere psigo-emosionele behoeftes beklemtoon, soos die volgende voorbeeld van 'n advertensieslagspreuke illustreer: "*Serve Crispy Crackers with Exotic Cheese and impress your friends*" (Fieldhouse 1986:13).

Uiteindelik is die konflik tussen die finansiële winsmotief van ekonomiese markte, enersyds, en lewensbehoud asook die bevordering van 'n gesonde lewenstyl, andersyds, deel van die verwarrende media-omgewing waarin individue hul daaglikse bevind. Ter voorbeeld illustreer figuur 6.3 (p.141) 'n tydskrifadvertensie in New Zealand wat as gevolg van onetiese reklamepraktyk verbied is, omdat die betrokke advertensie

Figuur 6.3 Ontoepaslike tydskrifadvertensie oor alkoholgebruik vir kinders
(Stewart & Casswell 1993:172)

Everyone who drinks alcohol is lonely, depressed and will eventually become an alcoholic.

That's one image of a drinker. A biased, one-sided point of view that simply isn't true.

But what about the image we are more familiar with?

The one where everyone who drinks alcohol has more fun, more friends and is generally more successful.

The one that faces us every time we open a magazine or newspaper, or go to the movies.

The image that encourages young people to accept alcohol without question – without being aware of the dangers.

Is that image any more accurate than the first?

Obviously, both images are extreme. But there are two sides to the story. And, at the moment, we are only getting half the picture.

Let's be realistic about the pleasures – and the dangers – of alcohol.

Research shows that young people are influenced by the unrealistic images portrayed in alcohol advertising.

Isn't it time to say when?



moontlik alkoholmisbruik onder kinders kan bevorder. 'n Besprekingspunt in dié verband wat vurige openbare debat ontlok is die dubbelsinnige boodskap wat advertensies oor sportborgskappe deur tabakmaatskappye oordra, naamlik dat die betrokke maatskappye 'n gesonde aktiewe lewenswyse ondersteun, maar dat die rookgewoonte met sportprestasie geassosieer word (Ledwith 1984:85-89; Yach & Paterson 1994:838-841). In die lig van dié dubbelsinnige boodskap het die Mediese Navorsingsraad in Suid-Afrika aanbeveel dat alle advertensies van tabakprodukte in die

openbare media verbied moet word. Ter motivering verduidelik Yach (1994:823) soos volg: "Tobacco companies also recognise the powerful influence sport has on shaping useful behaviour. They have exploited sport to pass the nation's tobacco epidemic on to each new generation, recruiting young people to replace those who have quit or died of tobacco use. The harmful effects of tobacco are camouflaged against the backdrop and thrill of athletic victory. All this must end".

Onlangse navorsing deur die National Council Against Smoking in Suid-Afrika (1994:8-10) het merkbare openbare steun vir strenger maatreëls met betrekking tot advertensies van tabakprodukte na vore gebring. In die ondersoek waarin die breë etniese groeperinge (blankes, swartes, Asiërs, kleurlinge) en albei geslagte verteenwoordig was, is bevind dat:

- * 75 persent van die respondente 'n algehele verbod op die verkoop van sigarette aan minderjariges ondersteun;
- * 59 persent van die respondente 'n verbod op televisie-advertensies van tabakprodukte ondersteun;
- * 60,1 persent van die respondente 'n verbod op radio-advertensies van tabakprodukte ondersteun;
- * 58,4 persent van die respondente 'n verbod op sigaretadvertensies op reklameborde ondersteun; en
- * 59,3 persent van die respondente 'n verbod op sigaretadvertensies in rolprentteaters ondersteun.

In bogenoemde ondersoek het terselfdertyd egter 'n beduidende teenkanting uit die blanke groep teen die verbod op advertensies van tabakmaatskappye by sportbyeenkomste na vore getree. Hierdie resultate bevestig ander kenners se opinie dat advertensies oor tabakprodukte uiteenlopende reaksie ontlok (Chapman & Egger 1983:166-168).

Dit kan dus afgelei word dat gesondheidsverwante boodskappe in die massamedia, veral in die reklamemedia, uiters omsigtig hanteer moet word, omdat wanvoorstellings in mediaboodskappe gesondheidsbedreigende gedrag kan bevorder. Oor die algemeen kan (ontoepaslike) media-advertensies dus die volgende moontlike gevare inhou, deur: i) produkte te adverteer wat individue se gesondheid kan benadeel, ii) die weerhouding en wanvoorstelling van inligting of situasies wat persoonlike gesondheid kan benadeel, en iii) produkte of situasies wat gesondheid bedreig te bevraagteken of te verkleineer (Chapman & Egger 1983:166-167). Hindson (aangehaal deur Baggaley 1989:3) het reeds in die vroeë tagtigerjare tot die slotsom gekom dat mediaboodskappe wat op 'n uitsluitlike reklamestrategie gebaseer is, weinig tot 'n oplossing vir die wêreld se gesondheidsprobleme bydra. Daarom rig Marchant (1988:19) ook die waarskuwing dat die massamedia moet waak teen die versterking van wanvoorstellings in boodskappe ("false images").

Alhoewel gesondheidsopvoeding onmoontlik aan propaganda gelyk gestel kan word, ontstaan die vraag of die advertensiemedia enigsins 'n betekenisvolle rol in openbare gesondheidsopvoeding kan vervul. Verskeie kenners (Piper 1986:129-132; Nelson & Charlton 1991:12-15; Hall & Milner 1996:165-174; Novelli 1990:85) is dit eens dat 'n sinvolle vennootskap tussen gesondheidsopvoeding en die advertensiewese wel moontlik is. Montgomery (1990:128) stel egter die voorwaarde dat die sterkpunte sowel as swakhede van die hederendaagse massamedia soos televisie deeglik in ag geneem moet word: "If professionals in the public health field can understand and accept entertainment television's strengths and limitations, it can be a powerful ally in the effort to promote public awareness about health issues".

Op praktiese vlak is die voordele van nouer samewerking tussen die advertensiewese en gesondheidsowerhede in boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding reeds bewys. Die reklamebenadering in verpakkingsontwerp vir voedselprodukte het byvoorbeeld tot 'n positiewe verandering in die publiek se voedselkooppatrone gelei (Silverglade 1995:160). In Suid-Afrika volg die tydskrif *Ebony Health & Beauty* ook 'n benadering wat die reklamebenadering en opvoedkundige oogmerke integreer - spesifieke inligting en verduidelikende diagramme word by advertensies vir sekere gesondheidsprodukte ingesluit. Oor die moontlikhede om media-advertensies meer effektief vir opvoedkundige doelwitte aan te wend, is Green en Lascaris (1990:161) se kommentaar kortom: "Educate while you communicate". Die ideale balans is waarskynlik vervat in die "adutainment" benadering om gesondheid as 'n lewensbateremark (Willard 1986:51-60; Clark 1990:21; Lazarus 1994:49). Hierdie dualistiese benadering is in 'n mediaveldtog van die Wêreld Gesondheidsorganisasie vir opvoeding oor lewensvaardighede onder die jeug in die middel tagtigerjare gevolg, soos die treffende televisieflits vir rookvoorkoming in Australië (Bylae 6A, p.182) illustreer (Chapman & Egger 1984:184). Daarin word die voordele van 'n positiewe houding en gesonde lewenstyl, eerder as die gevare van gesondheidsbedreigende gedrag beklemtoon.

6.3 ASPEKTE VAN MASSAKOMMUNIKASIE

Geen twyfel bestaan daarvoor dat die massamedia 'n sleutelrol by gesondheidsopvoeding in die gemeenskap vervul nie (Davis 1979; Watney 1987; Davies 1988; Atkin & Wallack 1990; Liisberg 1993; Philpo *et al.* 1994; Reid 1996). Hieroor maak Wallack (1990:51) die gevolgtrekking: "Television, and mass media in general, could make no greater contribution than to provide increased understanding that helps to build a safe, secure, and healthy society through improved social and economic conditions. It is these conditions that will truly form the basis for progressive public health strategies". Massakommunikasie kan gedefinieer word as enige vorm van kommunikasie met die breë gemeenskap, wat nie van persoonlike (een-tot-een) kommunikasie afhanklik is nie (Reid 1996:333).

6.3.1 Die reikwydte van massamedia

Moderne elektroniese media het die omvang van wêreldwye kommunikasie dramaties vergroot, beide in terme van die omvangryke inhoud wat tegelykertyd hanteer kan word sowel as die grootte van die gehoor wat bereik kan word. Enkele gegewens oor die stand van beskikbare massamedia in ontwikkelende lande gee aanduiding van die tegnologiese toeganklikheid tot inligting. Die aantal radiosenders in Afrika het sedert 1965 tot 1977 van 500 tot 790 toegeneem, en die aantal radio-ontvangstoestelle van 10 miljoen tot 31 miljoen. In dieselfde tydperk het die aantal televisiesenders toegeneem van 100 tot 250, en televisie-ontvangstoestelle van 0,6 miljoen tot 4,7 miljoen. Die sirkulasiegroei van koerante in geselekteerde Afrika-lande (uitgesonder Suid-Afrika) het vanaf 1959 tot 1980 met meer as 240 persent toegeneem (Mytton 1980:19-36). Binne Afrika-konteks beskryf Gillick (1985:106) radio as die imboorlingse "elektriese drom", omdat hierdie betrokke medium 'n bykans onbeperkte trefwydte het en die oordrag asook vertolking van radioboodsappe nie van visuele geletterdheid afhanklik is nie.

Volgens Hubley (1994:145-146) het die aantal televisie-ontvangstelle in ontwikkelende lande sedert 1980 tot 350 miljoen verdubbel, met die hoogste konsentrasie in Asië, Suid-Amerika en die Wes-Indiese eilande. In Indië het 'n gemiddelde van 50 miljoen mense gedurende 1984/5 na elk van die meer as 150 uitsendings van die televisiesepie *Hum Log* ("Our people") gekyk. Aanduidinge bestaan verder dat video as verlenging van televisie in ontwikkelende lande vinnig veld wen. In Indië is openbare langafstandbusse toegerus met meer as 12 000 videokassetspelers, terwyl "videosalonne" in sommige lande soos Ghana en Indië wyd voorkom. Na aanleiding van sy waarneming oor die beskikbaarheid van video as kommunikasiemedium in landelike gebiede van die Himalayas, Indië, Brazilië, Myanmar, Afghanistan, Egipte en Thailand gee Beyer (1989:58) die volgende verslag: "From the highest peaks to the deepest jungles, the eyes of the world are glued to the wondrous and irrepressible offerings of the VCR". Hieruit blyk dat die rol van video as medium vir indirekte beleving van wêreldgebeure in afgeleë gebiede van ontwikkelende lande nie onderskat moet word nie.

Danksy die massamedia het individue, gesinne en gemeenskappe deel van die moderne "wêrelddorp" (die saambind van verskillende wêreldkulture in een groot kommunikasiegemeenskap) geword. Individue deel sodoende met groter onmiddellikheid in gebeure ver anderkant eie waarneembare grense, soos die Suid-Afrikaanse gemeenskap die SABC se inskakeling by *Cable News Network (CNN)* ontdek het. Onder die opskrif "Television starts the war 20 minutes early - surprises Bush" (The Argus, 12 Januarie 1991) word berig dat die eerste ontploffings van die Golf-oorlog deur CNN op Amerikaanse televisie vertoon het nog voordat die Wit Huis dit formeel aangekondig het. Du Toit (1994:7) beskryf hierdie verhoogde aktualiteit en onmiddellikheid van wêreldgebeure op die massamedia as 'n "groot teater".

'n Belangrike bydraende faktor wat die reikwydte van hedendaagse media steeds vergroot, is die totstandkoming van wêreldwye elektroniese inligtingsnetwerke ("information superhighways") wat die toeganklikheid tot inligting ingrypend verbeter het (Fodor 1996:5-9). Hierdie tendens ook toenemend in ontwikkelende lande voor (McBean 1996; Aghi & Carnegie 1996). Die internasionale organisasie **Satellife Healthnet** benut elektroniese media soos die satelliet, telefoon, radio, elektroniese pos en telekonferensie om kommunikasie en inligtingontsluiting vir gemeenskapsgesondheid en geneeskunde in ontwikkelende lande en rampgebiede te verbeter.

Laastens moet ook genoem word dat die reikwydte van televisie nie net op die tegnologiese vlak lê nie, maar inderdaad ook op die psigo-emosionele vlak, want televisie skep 'n persoonlike betrokkenheid by die kyker wat meer dikwels tot die emosies en gevoelslewe as die rede spreek (Du Toit 1994:20). Psigologiese aspekte van televisieboodskappe word later bespreek.

6.3.2 Die funksies en impak van massamedia in die gemeenskap

Per definisie is media die fisiese voertuie waarmee boodskappe, met inbegrip van inligting, oorgedra word - dit word dikwels gestel dat massamedia nie mense kan oortuig *hoe* om te dink nie, maar inderdaad bepaal *waaroor* hulle moet dink (Du Toit 1994:28). In die hedendaagse samelewing vervul die media egter 'n groter verskeidenheid funksies as net inligtingoordrag. Mytton (1983:8) onderskei tussen vier algemene funksies van massamedia, naamlik om i) die publiek oor sosiale, ekonomiese en politieke aangeleenthede in te lig; ii) verskillende belangegroepes en gemeenskappe saam te bind; iii) sosio-kulturele waardes te versterk en oor te dra; asook iv) die gemeenskap te motiveer om by heersende omgewingsveranderinge aan te pas. Volgens Ullmer (1994:24) is dit 'n onbetwisbare feit dat media en tegnologie 'n ingrypende effek op die kulturele aktiwiteite van hedendaagse gemeenskappe het. Daarom noem Goldthorpe (1984:203) ook die moderniseringsrol van massamedia wat ontwikkelende gemeenskappe in Afrika kan transformeer tot 'n aangepaste nuwe Afrika-weergawe van die Eerstewêreld-lewenswyse.

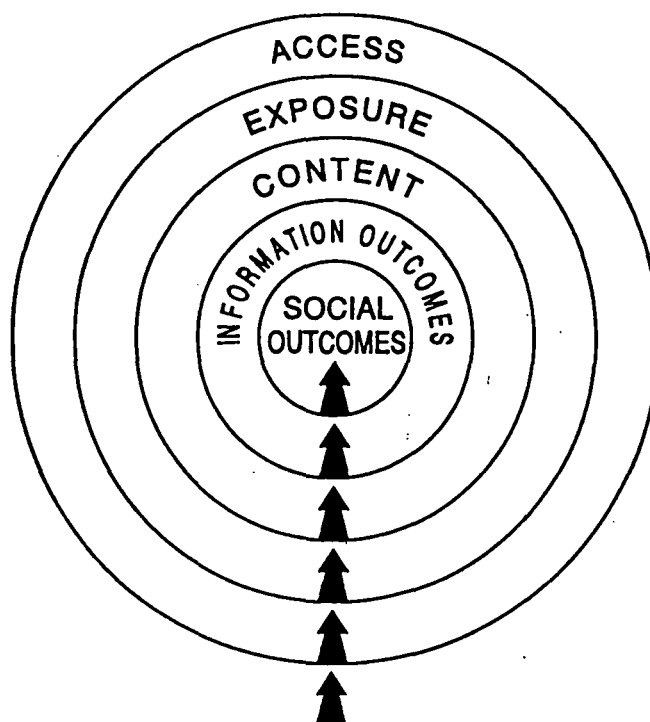
'n Verdere belangrike funksie van massamedia is openbare voorspraak ("media advocacy/agenda setting") deur die skep van 'n klimaat vir verandering in bepaalde denkwyses en lewenswaardes, byvoorbeeld die klemverskuiwing van kwaliteit lewensbestaan eerder as lewensbesittings en selfversorging eerder as afhanklikheid (Okoh & Barikor 1986:147-149). Gepaardgaande hiermee kan die massamedia ook 'n bemagtigingfunksie in die gemeenskap vervul. Ton Vosloo, uitvoerende voorsitter van die Nasionale Pers het dié spesifieke rol van massamedia sterk beklemtoon, en die uitspraak gemaak dat, solank die bemagtiging van die swart bevolking op kommunikasie- en mediaterein agterweë bly, die Suid-Afrikaanse samelewing met ernstige verhoudingsprobleme oor die kultuurgrense te kampe sal hê (Die Burger, 17

Sept 1994). Uiteindelik kan die groter toeganklikheid tot massamedia spesifieke voordele in ontwikkelende gemeenskappe inhou:

- * Media word al hoe meer as 'n nasionale bate gesien wat tot voordeel van gemeenskapsontwikkeling benut kan word.
- * Boodskapinhoud word nie net *vir* die gemeenskap geskep nie, maar ook *deur* die gemeenskap self, wat die relevansie, geloofwaardigheid en aanvaarbaarheid daarvan verhoog.
- * Gemeenskapsgroepe ontwikkel die vermoë om persoonlike idees en gevoelens oor sake wat hulle na aan die hart lê te formuleer en uit te druk.
- * Dialoog tussen die regering (byvoorbeeld die Departement van Gesondheid) en ander owerheidsinstellings word verbeter.
- * Doelgerigte aksies om terugvoer te bevorder kan wedersydse begrip en eenstemmigheid tussen verskillende gemeenskapsgroepe bevorder (Bordenave 1977:22-23).

McAnany (1980:25) verduidelik die dinamiese rol van massamedia in die breë gemeenskap aan die hand van 'n grafiese voorstelling met konsentriese sirkels wat die progressiewe impak van media op verskillende vlakke aandui (figuur 6.4). Daarvolgens kan tussen vyf verbandhoudende vlakke van media-impak (aangedui deur konsentriese sirkels) onderskei word. Die proses neem 'n aanvang by gemeenskapstoegang tot media en eindig in veranderde of versterkte sosiale gedrag van diegene wat aan bepaalde mediaboodskappe blootgestel is. Elke spesifieke vlak dui terselfdertyd 'n noodsaaklike vereiste vir gemeenskapsontwikkeling aan, maar impliseer nie noodwendig voldoende stimulus daarvoor nie.

Figuur 6.4 Vlakke van massamedia-impak in die samelewing (McAnany 1980:25)



Hieruit kan afgelei word dat die rol van massamedia in die hedendaagse samelewing veel meer as inligtingoordrag behels. Atkin en Arkin (1990:7) wys juis daarop dat selfs die mees omvattende openbare inligtingsveldtogte vir siektevoorkoming in Amerika in die verlede slegs beperkte sukses gelever het.

6.3.3 Die beperkinge van massakommunikasie

Die indruk mag bestaan dat massamedia onbeperkte voordele vir gesondheidsopvoeding in die breë samelewing inhou, maar dit is egter nie die geval nie. Oor die algemeen is die grootste enkele tekortkoming daarin geleë dat die boodskap in massakommunikasie trefkrag kan verloor, omdat die unieke behoeftes van spesifieke teikengroepe slegs in 'n beperkte mate, indien enigsins, geakkommodeer kan word. Mendelsohn (1968:132) beskryf die gevaar van 'n algemene benadering tot identifisering van teikengroepe in massakommunikasie op die volgende treffende wyse: "We now begin to look at mass communication as a sort of aerosol spray. As you spray it on the surface, some of it hits the target, most drift away and very little of it penetrates". In dié verband is onder andere die volgende spesifieke beperkinge van televisie geïdentifiseer, naamlik:

- * die vasvang van kykers se aandag en uitsluiting van ander aktiwiteite;
- * die kompleksiteit van televisieboodskappe wat tegelykertyd aanspraak op verskillende sintuie maak;
- * die afhanklikheid van visuele kommunikasiekodes;
- * die vlietende aard van voorstellings in terme van werklike tydsduur, byvoorbeeld die vlugtige interaksie tussen mense en kort verloop van gebeurtenis; en
- * die subtile (soms kragtige) bevordering van 'n passiewe aanvaarding van gebeurtenisse wat op televisie gesien word as die waarheid in terme van "sien is glo" (Du Toit 1994:20).

Binne konteks van gesondheidsopvoeding noem Tones et al. (1991:173) dat televisie as medium vir massakommunikasie:

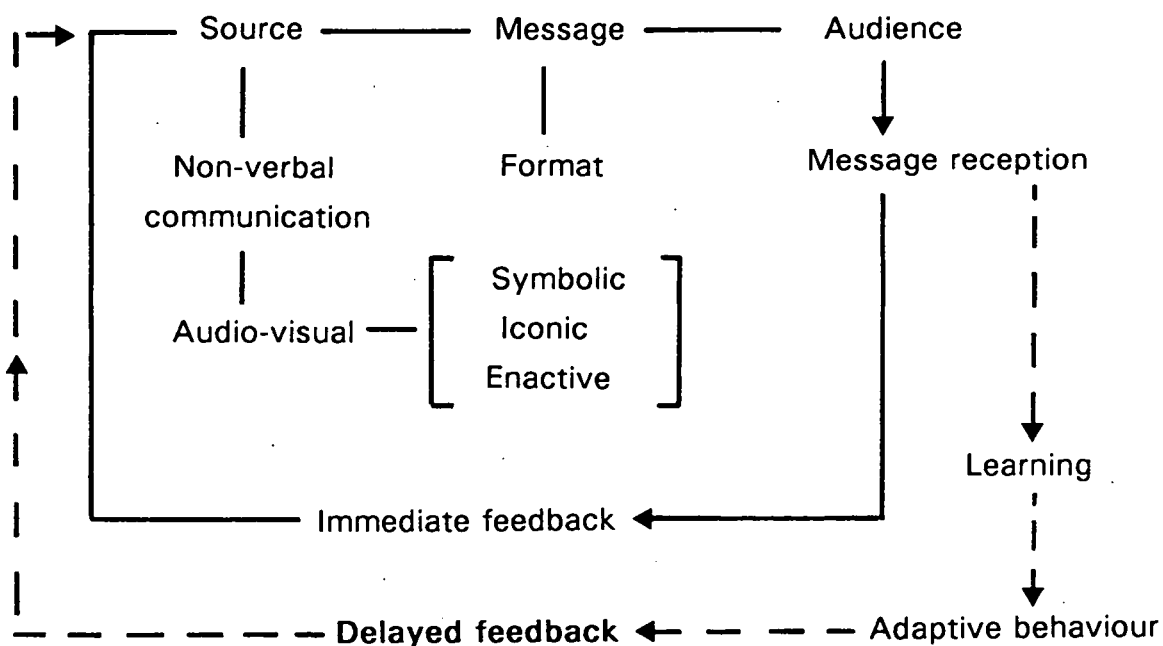
- * nie komplekse boodskappe soos die verband tussen risikofaktore en koronêre hartvatsiekte kan oordra nie;
- * nie geskik is vir leer van komplekse psigomotoriese en sosiale vaardighede nie, en
- * onder normale sosiale omstandighede nie verandering in menslike gedrag te weeg kan bring nie, tensy persoonlike (intrinsieke) motivering en gunstige normatiewe invloedsfaktore bestaan.

Ter oorweging van die voordele en nadele van massakommunikasie in gesondheidsopvoeding wys Reid (1996:335) daarop dat daar geen onrealistiese verwagtinge oor die onmiddellike impak van massamediakommunikasie op gesondheidsgedrag moet wees nie, want die effek van suksesvolle projekte kan so lank as drie jaar duur voordat positiewe resultate in die gemeenskap sigbaar is. Die impak van massamedia is

gewoonlik groter indien veldtogte op plaaslike gemeenskappe, eerder as op die "nasionale gehoor" gerig is. Daarby is die ontvanklike houding van die beoogde teikengroep en geloofwaardigheid van boodskappe kritiese voorvereistes vir suksesvolle massamediaveldtogte.

In terme van die klassieke (twee-rigting) kommunikasie-model skep massamedia onvoldoende geleentheid vir interaksie tussen die sender en ontvangers van boodskappe. Volgens die voorstelling in figuur 6.5 is onmiddellike terugvoer aan die kommunikasiebron (byvoorbeeld die gesondheidsopvoeder) ten einde te evalueer of boodskapvertolking deur die gehoor korrek was (aangetoon deur die soliede lyn). Wanneer kommunikasie op die bevordering van leer en gedragsverandering gemik is, bied die massamedia slegs beperkte moontlikhede vir onmiddellike terugvoer van resultate (aangetoon deur die stippellyn).

Figuur 6.5 Tekortkominge van massakommunikasie (Tones *et al.* 1991:158)



Uiteindelik kan dié beperking, volgens Ram (1989:9), die impak van die massamedia op leer en verandering van gesondheidsgedrag verswak: "The usual health education methods using a one-way mass media approach do not create the motivation necessary to bring about changes from unhealthy to healthy practices". Dit kan dus afgelei word dat die massamedia, ten spyte van bepaalde sterk punte, ook beperkinge het wat in ag geneem moet word.

6.3.4 Riglyne vir massamediagebruik in gesondheidsopvoeding

In die lig van die genoemde sterk punte en beperkinge van massakommunikasie, kan spesifieke riglyne vir die benutting van massamedia in gesondheidsopvoeding neergelê word. Op grond van wye navorsing op hierdie gebied kan ten minste die volgende riglyne, volgens Tones (1997:800), as vertrekpunt geld:

- * Doeltreffende massamediaveldtogte volg 'n multimediabenadering.
- * Doeltreffende mediaveldtogte gebruik massamedia ter aanvulling en ondersteuning van bestaande programme by openbare diensinstellings soos skole en primêre gesondheidsklinieke.
- * Doeltreffende mediaveldtogte word gekoördineer met verskaffing van direkte openbare dienste soos inligtingsentra en telefoniese skakelhulplyne.
- * Doeltreffende mediaveldtogte betrek sleutel openbare figure soos gemeenskapsleiers in die beplanning, implementering en evaluering van programme.
- * Openbare rolmodelle in die massamedia moet noukeurig geselekteer word en hul geloofwaardigheid deurlopend handhaaf.
- * Samewerking tussen verskillende openbare dienssektore moet verkry word om die impak van mediaboodskappe, byvoorbeeld vir mediavoorspraak, oor 'n wye front te verhoog en die negatiewe effekte van gesondheidsboodskappe in die breë gemeenskap te verlaag.
- * Mediaveldtogte moet die positiewe aspekte van gedragsverandering rondom gesondheid en siekte asook onmiddellike voordele daarvan, in plaas van negatiewe aspekte en potensiële langtermynvoordele, vir individue en groepe beklemtoon.
- * Gepaste aksies moet geneem word om mediaboodskappe wat tot verhoogde angsvlakke by kykers lei, teen te werk.
- * Doeltreffende mediaveldtogte bied opvoedkundige boodskappe op 'n wyse aan wat duidelike elemente van vermaak bevat.
- * Die tydsberekening van spesifieke mediaveldtogte vir gesondheidsopvoeding oor onderwerpe soos VIGS is bepalend vir beide die impak en uiteindelijke sukses daarvan.
- * Die impak van herhaalde aanbiedings van 'n enkele boodskap is groter as slegs 'n eenmalige aanbieding of enkele verspreide aanbiedings van verskillende mediaboodskappe.
- * Die resultate van teikensegmentering hou groter praktiese waarde vir boodskapontwerp in indien dit op psigografiese faktore, soos 'n teikengehoor se opvattinge en waardes oor eetgewoontes of kontrasepsie, asook mediapsigologiese faktore soos medialetterdheid, in plaas van slegs demografiese faktore van die teikengroep, gebaseer is.

'n Ander belangrike riglyn wat bygevoeg kan word, is dat kommunikasie deur middel van die massamedia nie interpersoonlike kommunikasie uitsluit of vervang nie. Die massamedia het juis spesifieke voor- en nadele in vergelyking met persoonlike (een-tot-een) kommunikasie, soos in tabel 11 aangetoon. Daarvolgens kom massakommunikasie onder andere op eenrigting-kommunikasieverloop neer, terwyl persoonlike kommunikasie deur dialoog (tweerigting-kommunikasieverloop) gekenmerk word. Dit kan gemeld word dat (direkte) persoonlike kommunikasie, byvoorbeeld die "bosteleggram", in ontwikkelende lande waar die infrastruktuur vir massakommunikasie dikwels nie op dieselfde ontwikkelingsvlak as in industriële lande bestaan nie, steeds 'n kragtige koste-effektiewe medium vir inligtingoordrag is (Laver 1986:253; Green & Lascaris 1993:47). Verskillende navorsingsresultate (Flay et al. 1986:129-146; Kanyesigye 1995) bevestig dat die kombinasie van persoonlike gesprek en 'n intensiewe massamediaveldtog, wat dinamies genoeg is om sekere kommunikasiedoelwitte grootliks onafhanklik te bereik, die mees effektiewe strategie vir houding- en gedragsverandering in openbare gesondheidsopvoeding is. By implikasie behoort massakommunikasie en persoonlike kommunikasie in gesondheidsopvoeding komplementerend in plaas van afsonderlik gebruik te word (Reid 1996:340).

Tabel 11 Verskille tussen massakommunikasie en persoonlike kommunikasie (Hubley 1994:61).

FUNCTION	MASS COMMUNICATION. FACE-TO-FACE	
	Rapid.	Slow.
Speed to cover large population.		
Accuracy & message distortion.	Highly accurate.	Easily distorted.
Ability to select specific audience.	Very difficult.	Highly selective.
Direction.	One-way.	Two-way.
Response to local community needs.	Provides only general information.	Can provide info. that fits local needs.
Quality of feedback.	Only indirect.	Direct feedback possible.
Main effect.	Increased knowledge/ awareness.	Change of attitudes & behaviour. Develop prob.-solving skills.

6.4 BOODSKAPASPEKTE IN GESONDHEIDSKOMMUNIKASIE

6.4.1 Moontlike benaderings in boodskapformulering

Dit is algemeen bekend dat media deur middel van verskillende simboliese kommunikasiekodes 'n vormgewende funksie in boodskapbetekenis het, soos McLuhan met sy bekende stelling, "The medium is the message" (1964:7) beklemtoon het. Verskillende benaderings tot boodskapformulering kan die dinamiek van gesondheidsboodskappe bepaal. Hubley (1994:52-54) onderskei tussen agt moontlike benaderings wat afsonderlik of in verskillende kombinasies toegepas kan word. Die betekenis van elk word vervolgens verduidelik.

6.4.1.1 *Die vreesbenadering*

Die vreesbenadering lê klem op die gevare van risikogedrag en gebruik van simboliese visuele beelde soos grafstene en geraamtes om vrees by die gehoor te ontlok. Hoewel hierdie benadering sterk oorredingskrag kan hê, byvoorbeeld in VIGS-voorligting, is dit nie in alle situasies effektief nie. Vir Strasser en Gallagher (1994:177) is die vreesbenadering in kommunikasie van gesondheidsboodskappe oneties, omdat negatiewe emosies sodoende opgewek word.

Faktore wat die effek van boodskappe op grond van die vreesbenadering bepaal, sluit onder andere die ouderdom van die teikengroep en spesifieke inkleding van die boodskap in. Volgens Hale en Dillard (1995:65-80) behoort boodskappe wat op die vreesbenadering geskoei is, die gehoor van 'n werklike gesondheidsbedreiging bewus te maak, die blootstelling van risikogroepe te beklemtoon, en geskikte voorkomingsaksies wat beide doeltreffend en maklik uitvoerbaar is, te verduidelik. Hierdie benadering sou dus in sekere gevalle aangewend kan word om persone wat in sogenaamde "hoërisiko seks" (geslagsomgang sonder beskerming teen seksueel-oordraagbare siektes) volhard, met die gevare van ongeneeslike siektes soos VIGS te konfronteer.

6.4.1.2 *Die logiese benadering*

Die logiese (kliniese) benadering beklemtoon die oorsaaklike verband tussen risikofaktore en bepaalde gesondheidsgedrag deur relevante inligting en statistiek oor werklike gebeurtenisse of epidemiologiese tendense te voorsien, byvoorbeeld die psigologiese effek van abnormale dieet wat tot anorexia nervosa kan lei.

6.4.1.3 *Die emosionele benadering*

Die emosionele benadering kan aangewend word om mense te oorreed ten einde persoonlike standpunte en gedrag te wysig. Emosionele reaksie van die gehoor is dikwels belangriker as die voorsiening van inligting om onkunde te verminder. Emosionele betrokkenheid van die gehoor kan verkry word deur verskillende hantering van sosiaal sensitiewe onderwerpe soos aborsie, verkragting en kindermishandeling in media-bodskappe. Hier het die blootstelling aan indirekte visuele ervaring, byvoorbeeld deur lokaliteit televisie-opnames en onderhoude met slagoffers, waarskynlik die grootste trefkrag.

6.4.1.4 Die positiewe benadering

Die positiewe benadering is daarop gerig om mense bewus te maak van die vermoë om self besluite oor persoonlike welstand te neem, en behoort neerslag te vind in boodskappe wat die voordele van 'n gesonde lewenstyl, eerder as die gevolge van siekte en risikogedrag beklemtoon. Volgens Monahan (1995:97) word die voordele van die positiewe benadering in gesondheidsopvoeding onderskat, omdat boodskappe wat op hierdie wyse aangebied word 'n belangrike motiveringsfaktor in gedragsverandering is.

Daar is tevore verwys na die voorbeeld van 'n televisieflits vir rookopvoeding onder die jeug in Australië (Bylae 6A), waarin die boodskap dat 'n gesonde lewenstyl tieners as't ware "lewenswenners" kan maak, beklemtoon word. Ander voorbeelde waar die positiewe benadering nagevolg is, is in 'n massamediafeldtog met die slagspreuk "*Be Smart, Don't Start*" vir voorkomende opvoeding oor dwelmmisbruik onder tieners (Atkin 1989:225), asook in 'n mediafeldtog met die slagspreuk "*Non-smokers do it without coughing*" vir rookvoorkoming onder tieners in Amerika (Lloyd 1991:18-19).

6.4.1.5 Die negatiewe benadering

In die negatiewe benadering word verskillende gesondheidsrisiko's, siektes en gesondheidsbedreigende gedrag beklemtoon, byvoorbeeld die rol van 'n hoëvetdieet, rook en gebrek aan oefening in verhoogde risiko met betrekking tot hartaanvalle.

6.4.1.6 Die eensydige benadering

Die eensydige benadering fokus slegs op een aspek van 'n bepaalde onderwerp, byvoorbeeld die rol van kennis in voorkoming van dwelmmisbruik (terwyl die ewe belangrike rol van spesifieke houdings, lewenswaardes en persoonlike lewenstyl geïgnoreer word).

6.4.1.7 Die gebalanseerde benadering

In teenstelling met die eensydige aanslag stel die gebalanseerde benadering beide die voordele én nadele van 'n bepaalde onderwerp, byvoorbeeld dat rooivleis 'n vorm van proteïeninnname is, maar dat oormatige daaglikse inname van rooivleis gesondheidsrisiko's vir sekere persone inhou.

6.4.1.8 Die humoristiese benadering

Humor word met die eerste oogopslag nie met siekte en lyding geassosieer nie. Daarom word meer besonderhede oor hierdie moontlikheid gegee. Uit die literatuur blyk dit duidelik dat humor wel 'n plek in gesondheidskommunikasie het en verskillende funksies kan vervul (Robinson 1977; McIlhenny 1979; McDermott 1989; Armstrong 1993). Volgens Woods (1991:19-26) asook Nelson en While (1992:64-67) vind tydskrifadvertensies wye byval onder tieners as dit humoristiese aspekte bevat. Henri Rubenstein, 'n Franse neuroloog, het deur navorsing oor humor bevind dat 'n lag wat slegs een minuut duur dieselfde uitwerking het as vyf-en-veertig minute ontspanning - gevolglik die bekende spreekwoord: "*Lag is die beste medisyne*" (Lyle 1992:56).

Die waarde van humor word verbind met bepaalde funksies, afhangende van die spesifieke situasie waarin humor voorkom. In gesondheidskommunikasie kan humor gebruik word om onaangename lewensrealiteite meer verdraagsaam te maak, humorsin by individue te ontwikkel, 'n sterk persoonlike opinie op 'n aanvaarbare manier uit te druk, interpersoonlike en sosiale verhoudings te verbeter en sensitiewe situasies of onderwerpe makliker te hanteer (Anderson 1990:70; McDermott:20-27). Humor kan doelbewus in psigoterapie aangewend word met die oog op verwerwing van vaardighede vir doeltreffende hantering van verskillende psigo-sosiale stressors (Holden 1995:8-9). Navorsing in Argentinië het getoon dat humor in gemeenskaps-teater bydra tot die bevordering van geestesgesondheid en sosiale welsyn (Maurizi 1994:183). Uit Gordon (1989:12-14) se navorsing blyk dit dat goed beplande spotprentboeke oor verskillende onderwerpe groot potensiaal vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande inhou, omdat kinders in plattelandse gebiede relatief maklik by dié kommunikasiewyse aanpas. Die resultate van Nelson en While (1992:64-67) se navorsing toon dat die populariteit van televisie-advertensies oor gesondheidsverwante produkte verhoog word deur middel van 'n humoristiese benadering of uitbeelding - humor het bykans twee maal groter trefkrag as boodskappe met 'n persoonlike aanslag. Die volgende gedig bied ook 'n sprekende voorbeeld hoe humor en die media in die mediese situasie verbind kan word:

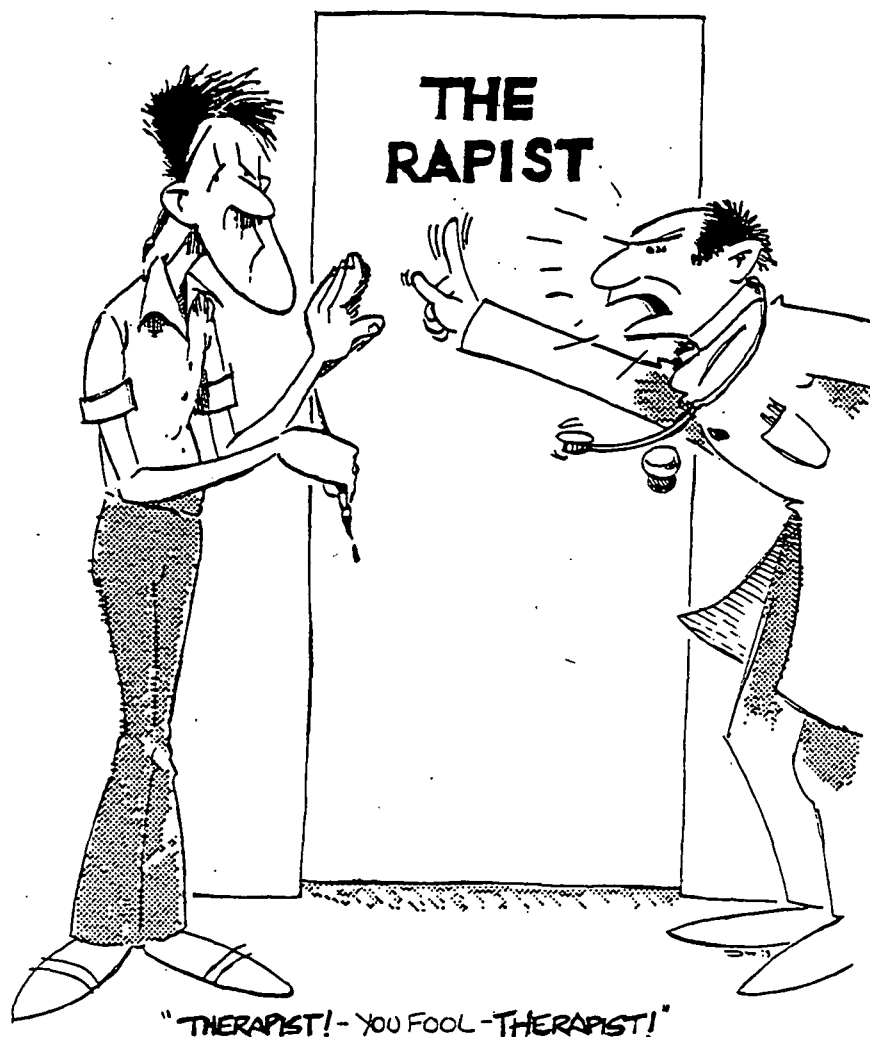
"Patients once let surgeons cut
Without an if and a but.
They rarely raised demanding questions
And never offered up suggestions.

Patients once, not long ago,
Believed the doctor ought to know,
Submitted with the best of will,
And trusted in his practised skill.

But patients know, and patient's wives,
Are sharper than a surgeon's knives,
And argue over each incision ...
They've seen it all on television."
(Armour 1963:3).

Humor is nie noodwendig 'n kenmerk van grappe en strokiesprente nie, alhoewel beide dikwels elemente van humor bevat wat sodoende kommunikatiewe trefkrag van boodskappe verhoog. Daarby is die korrekte vertolking van humoristiese illustrasies dikwels van addisionele geskrewe teks (om die visuele voorstelling te kontekstualiseer en dit as't ware te verpersoonlik) afhanklik. Figuur 6.6 (p.154) illustreer hierdie komplementerende gebruik van verskillende grafiese kommunikasielodes in 'n spotprent.

Figuur 6.6 Komplementerende verbale kodes in 'n spotprent
 © Wiles 1989



6.4.2 Sosio-kulturele aspekte van gesondheidskommunikasie

Die sosio-kulturele dimensie van gesondheidskommunikasie is 'n belangrike faset van boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap. In ontwikkelende lande waar hoë vlakke van ongeletterdheid heers, is die bekende spreekwoord "A picture is worth a thousand words" inderdaad geldig, omdat verskillende vorme van visuele media 'n gepaste kommunikasiekanaal bied waarmee inligting aan persone wat nie kan lees nie, doeltreffend oorgedra kan word. Daarom is dit noodsaaklik om sekere sosio-kulturele aspekte van gesondheidskommunikasie nader te ondersoek. Die aandag word beperk tot enkele algemene opmerkings oor interkulturele kommunikasie, asook die moontlikhede van kultuurvreemde taalgebruik, kultuurvreemde liggaamstaal, kultuurvreemde humor en kultuurvreemde visuele beelde.

6.4.2.1 Die rol van interkulturele kommunikasie

Daar is tevore gewys op die feit dat kommunikasie tussen die gesondheidsprofessies en pasiënte dikwels kenmerke van interkulturele kommunikasiekarakter toon (vide, h1:15). Eenvoudig gestel, verwys interkulturele kommunikasie na kommunikasie wat daarop toegespits is om die suksesvolle oordrag en vertolking van boodskappe tussen verskillende kultuurgroepe te fasiliteer (Du Preez 1989:1). Vir Sless (1983:4) is die deurslaggewende faktor in kommunikasie nie eerstens die mededeling en vertolking van boodskappe nie, maar die proses waar verskillende kulture ontmoet, in die sin van "... where two worlds meet across the boundary of the message". Gallois *et al.* (in Kim & Gudykunst 1988:157) beskryf die situasie soos volg: "When two people from different cultural groups come together, sometimes the encounter is as smooth as silk. The people simply seem to get onto the same wavelength, and all goes well. At other times, though, this sort of encounter can seem a series of obstacles and incompatibilities and can end in misunderstanding, hostility, and an increase in prejudice". Oor dié verskynsel in kliniese konsultasies wys Pendleton en Hasler (1983:136) soos volg op kommunikasiegapings wat oorbrug moet word: "The inability of some patients to ask the right question in the right way at the right time, is paralleled by the inability of many doctors to convey the culture of the consulting room to their patients". Aangesien boodskappe by kommunikasie inbegrepe is, kan die problematiek van interkulturele kommunikasie nie geïgnoreer word nie. Ervaring toon dat die miskenning van kultuurverskille tydens interpersoonlike kommunikasie tot wanbegrippe in boodskapvertolking kan lei (Du Preez 1989:6-8).

'n Veelheid van faktore beïnvloed die suksesvolle verloop, al dan nie, van interkulturele kommunikasie. Hieronder geld byvoorbeeld individuele en groepsbehoefte, persepsies oor verskillende sake soos die oorsake en doeltreffende behandeling van siektes, asook persoonlike verwagtinge, lewenswaardes en gewoontes. Navorsing deur Chugh *et al.* (1993:83-91) het spesifieke struikelblokke in kommunikasie tussen geneeshere en pasiënte van andersoortige etniese groepe geïdentifiseer, byvoorbeeld taalgebruik, houdings ten opsigte van kliniese tegnologie en behandeling, asook kultuurverwante gebruike in verband met geslagsrolle in mediese sorg. Ter voorbeeld van hoe kultuurverwante gebruike kommunikasie in die kliniese situasie kan bemoeilik, is dit vir die meeste Asiërvroue onaanvaarbaar om persoonlike of huweliksaangeleenthede met 'n manlike geneesheer of "vreemde" vroulike geneesheer te bespreek (Myerscough & Ford 1996:44). Verder rapporteer Bissonette en Alvarez (1991:54) dat die volgende aspekte in verband met kultuur die grootste impak op die suksesvolle verloop van kliniese intervensies by pasiëntsorg in ontwikkelende lande het, naamlik: taalverskille, godsdiensoortuigings, huwelik-, gesin- en geslasgverhoudings, psigososiale fasette van gesondheid en siekte, asook die gebruik rondom siekte en die dood.

Dit blyk dat die verskillende benaderings van Westerse geneeskunde teenoor tradisionale geneeskunde (vide, h4:92) ook tot kommunikasiegapings in pasiëntsorg kan lei. Kriel (1996) gee voorbeelde hiervan in sy werk, *Eenders dink, Eenders doen?*, oor die "ontmoeting" van dié twee kontrasterende wêreldes in Suid-Afrika. Een van die groot probleme wat 'n geneesheer in 'n sendinghospitaal ondervind, is hoe om pasiënte te oortuig dat, as hy pasiënte met antibiotika behandel, "...die genesing nie bespoedig kan word deur leesweet of dassielewer by te voeg nie" (Kriel 1996:129). Dié skrywer noem verder die gebruik dat swart seuns wat medisyne dra, met niemand mag praat nie, aangesien dit "die medisyne kan beskadig" (Kriel 1996:93). Uiteindelik kan die onvermoë om verskille in die sosio-kulturele agtergrond van alle betrokkenes in gesondheidskommunikasie in ag te neem, en misverstande wat daaruit voortvloei doeltreffend te oorbrug, tot kultuurskok lei - die kommunikasieverskynsel van stres en trauma as gevolg van herhaaldelike blootstelling aan 'n vreemde kultuur (Barna 1988:328).

6.4.2.2 Die moontlikheid van kultuurvreemde taalgebruik

Taalverskille is waarskynlik een van die grootste enkele struikelblokke in interkulturele kommunikasie. Daar is tevore verwys na Towner (1986) en Ley (1988) se navorsingsbevindinge oor pasiënte en skoliere se wanvertolking van mediese terme (vide, h1:16).

Die literatuur bring 'n noue verbondenheid tussen taal en kultuur na vore. In die Swahili taal bestaan daar byvoorbeeld geen woord om geestesiektes te beskryf of uitdrukking te gee aan verskillende emosies nie - 'n persoon wat sy depressie wil beskryf, verwys bloot daarna as "ongelukkig" (Lamb 1990:267), terwyl die Chinese taal geen woord het om "verlede tyd" aan te dui nie en die Eskimo's geen woord om vriendskap te beskryf nie (Samovar & Porter 1988:94-100). Daarby het die konnotatiewe (verskuilde en kultureel-gedefinieerde) betekenis van sommige woorde binne 'n spesifieke gemeenskapskonteks ook 'n invloed op suksesvolle interkulturele kommunikasie. In Suid-Afrika verwys die naam "Zola Budd" vir blankes na 'n bekende atleet, terwyl swart gemeenskappe 'n addisionele betekenis aan dié woorde heg: dit kan óf na 'n minibus taxi óf 'n bepaalde straat in Kayelitsha verwys (Green & Lascaris 1990:69). Dieetkundiges het hul verbasing uitgespreek oor Zambiërs se weiering om die proteïenryke blare van die plaaslike kassava-plant te eet, maar later te hore gekom dat kassava-blare as "armmanskos" bekend staan (Du Preez 1989:61). Die Afrikaanse woordjie "vir" het verskillende betekenis in mediese konteks: 'n pil "vir" hoofpyn is bedoel om die betrokke simptome te verlig, maar 'n pil "vir" slaapstimulering bevorder 'n goeie nagrus (Mazzullo *et al.* 1974:929-931).

Sosio-kulturele verskille wat met taaldiversiteit gepaard gaan, lei daartoe dat eenvoudige woorde binne gesondheidskonteks radikaal verskillend vertolk word. Hill en Murphy (1992:152) beskryf die waninterpretasie van die woord kondoom tydens VIGS-voorligting aan ongeletterdes in Australië soos volg: "Aboriginal people had mis-

construed messages about 'condoms' as referring to the local fruit 'quandongs' and believed eating them would confer AIDS protection". 'n Verslag van UNICEF noem dat die abstrakte Westerse klassifikasie van voedselgroepe in terme van drie primêre funksies, naamlik groeistowwe, boustowwe en energiestowwe ("grow, glo, go") ontoepaslik is vir die natuurlike konkrete siening van voedselgroepe deur bevolkings in Afrika (Alnwick 1987:3-4). Na aanleiding van sy ervaring in Afrika kom Mytton (1983:13) tot die gevolgtrekking dat, "... it might be easier to blast through a mountain to bring two divided communities together than to get them to speak each other's language".

6.4.2.3 Die moontlikheid van kultuurvreemde liggaamstaal

Verskillende kommunikasiekodes in liggaamstaal illustreer verdere moontlike struikelblokke in interkulturele kommunikasie, met verwysing na verskillende gebruike ten opsigte van handgebare, oogkontak, groetprosedures en sosiaal aanvaarbare persoonlike ruimte tydens gesprekvoering. Die wyse van kopskud kan vanweë kultuurgebruike verskillende boodskappe oordra. Die Japanese knik byvoorbeeld ritmies die kop terwyl die woord "hai" (ja) uitgespreek word as teken van gediensdigheid en instemming om deel te neem aan 'n gesprek, maar dié teken gee nie noodwendig aanduiding dat hulle met iets saamstem, soos die Westerse gebruik is nie. Deur die kop heen en weer te draai gee Westerlinge aanduiding dat hulle nie met iets saamstem nie, maar in Asië beteken dié teken die teenoorgestelde, naamlik instemming. In Japan en China is die uitdrukking van emosies soos vreugde of woede in die openbaar onaanvaarbaar, terwyl onbeheersde lag as ongemanierd beskou word. Daarenteen gee menige Afrika-kultuur vrye teuels aan emosionele ervarings. Japanese glimlag dikwels om hoflikheid te betoon, al bedoel hulle dit nie (Wen-Shing & McDermott 1981:210-211; Lyle 1992:58-72; Myerscough & Ford 1996:213).

Ten opsigte van persoonlike ruimte tydens gesprekvoering verkies blanke Suid-Afrikaners, soos die Duitsers, 'n gespreksafstand van ongeveer een meter, terwyl Latyns-Amerikaners, Oosterlinge en die meeste swart kulture in Afrika 'n relatief klein persoonlike ruimte verkies (Du Preez 1989:15).

Verskillende kulture groet op verskillende maniere. Alhoewel handeskud 'n internasionaal aanvaarbare teken van groet is, vermy die meeste Indiese vroue enige fisiese kontak met 'n vreemdeling (Myerscough & Ford 1996:213). Westerlinge skud gewoonlik die blad of raak aan hul hoed (selfs 'n denkbeeldige hoed), terwyl die inwoners van Balonka hul hande klap en op hul ribbes met die elmboë stamp tydens die groetseremonie. Arabiere soen mekaar se baarde, die Polinisiërs streel hul eie gesigte met die ander persoon se hande en die Mongole ruik aan mekaar se hande terwyl hulle terselfdertyd die neuse teen mekaar vryf (Du Preez 1989:68). 'n Bekende Afrika-groetwyse is die "drie-fase" groet waartydens die hande op verskillende posisies tydens die groetaksie geplaas word.

Ooggedrag verskil ook van kultuur tot kultuur. In Hawaii is direkte oogkontak tydens kennismaking 'n teken van uitdaging, daarom word oogkontak aanvanklik vermy - as teken van respek. Daarenteen, is menige Westerlinge gesteld op oogkontak. Indien 'n spreker oogkontak vermy, word hy of sy as oneerlik beskou. In swart Afrika-kulturele is oogkontak egter nie 'n voorvereiste vir "oop" kommunikasie nie. Deur oogkontak te vermy, word respek aan die ander persoon betoon (Du Preez 1989:75).

'n Laaste voorbeeld hoe die liggaamstaal van kulture kan verskil, is die sit-staanposisie om respek aan 'n meerdere te betoon. In Afrika sit swart kinders meestal wanneer hulle hul ouers aanspreek - om te wys hoe "klein" jy self in vergelyking met hulle is. Daarenteen het blanke kinders geleer om op te staan as teken van eerbetoon (Kriel 1996:20).

6.4.2.4 Die moontlikheid van kultuurvreemde humor

Alhoewel navorsingsbevindinge oor kultuurverwante humor in gesondheidskommunikasie beperk is, kan uit die beskikbare literatuur afgelei word dat ontoepaslike humor aanstoot kan gee, want daar is oorskreibare grense betreffende die toepaslikheid en tipe humor wat in 'n bepaalde situasie gebruik kan word. Humor wat nie as "oop, eerlik en spontaan" ervaar word nie, kan meer destruktief as die totale afwesigheid van humor wees (Bryant & Zillman 1988:1-2), terwyl negatiewe aspekte van humor soos sarkasme onversoenbaar is met die bevordering van goeie interpersoonlike verhoudings, en grappe oor seksuele, godsdienstige asook etniese realiteite gevaarlike (sensitiewe) terreine in die onderrigsituasie is (Jacobs & Jacobs 1992:106).

In 1993 het die ontoepaslike humorsin van 'n nagklubeienaar in Goodwood, Suid-Afrika sterk reaksie uit die plaaslike Afrikaanse gemeenskap ontlok toe hy deur middel van 'n oënskynlik kreatiewe reklamemetode die jeug van VIGS wou bewus maak. Sy uitnodigingskaartjies het die volgende (kru) woorde bevat: "*Gratis toegang vir alle maagde (bewys 'n vereiste), anders R5 per persoon. Sluit gratis kondoom in.*" (Die Burger, 20 Nov 1993). Op grond van hoë morele en godsdienstige waardes was hierdie benadering vir die betrokke gemeenskap onaanvaarbaar.

6.4.2.5 Die moontlikheid van kultuurvreemde visuele beelde

Boodskappe in die visuele media is by uitnemendheid blootgestel aan die skep van moontlike wanbegrip, omdat kultuurspesifieke boodskapcodes intensief in televisie, fotografie, rolprente en grafiese voorstellings gebruik word (Green & Lascaris 1990:99-111). Die gevaar bestaan byvoorbeeld dat grafiese spotprente wat in 'n bepaalde sosio-kulturele situasie bekend is, in 'n ander konteks niksseggend kan wees. S6 is die spotprent van die tekenkarakter *Yogi Bear* (figuur 6.7, p.159) in Amerika algemeen bekend. Alhoewel die voorstelling sommige ooreenkomste met 'n werklike beer vertoon (byvoorbeeld die voorpote en gesig), is daar ook ooglopende visuele afwykings (byvoorbeeld die klere en regop-loopaksie). Gevolglik is dit nie van selfsprekend dat hierdie voorstelling deur enige persoon buite die Amerikaanse kultuur, byvoorbeeld in Afrika, korrek vertolk sal word nie, omdat 'n vorm van visuele

Figuur 6.7 Kultuurvreemde spotprent in Afrika Hanna-Barbera Inc ©



geletterdheid vereis word om die illustrasie korrek te vertolk. Op dieselfde wyse sou bekende Amerikaanse spotprentkarakters soos *Mickey Mouse* en *Bart Simpson* deur mense wat geen vorige blootstelling aan die betrokke visuele kodes gehad het nie verkeerd vertolk kon word. Mangan (1978:247) het reeds in die laat sewentigerjare na aanleiding van omvattende navorsing tot die volgende gevolgtrekking gekom: "Cultural differences in perception are more subtle and numerous than most educators suspect".

Sedert die instelling van televisie in Suid-Afrika het die uitsaaiwese waardevolle ervaring in dié verband opgedoen. Volgens Dellatolla (1983:6-9) ontlok enige voorstelling van visuele illusie (byvoorbeeld grafiese animasie van 'n antiseptiese verband wat "asemhaal") negatiewe reaksie by ongeletterde swart gehore. Oor die moontlikheid dat sommige oudiovisuele beelde vanuit 'n spesifieke sosio-kulturele oogpunt aanstoot kan gee, verduidelik Dellatolla verder (1983:9): "Topless and semi-nudity is acceptable to Black viewers and fits in naturally in a TV commercial advertising sorghum beer. But Black men and women must never be shown drinking together as this is not allowed and would cause offence. It is also improper for Black men and women to be seen kissing each other publicly".

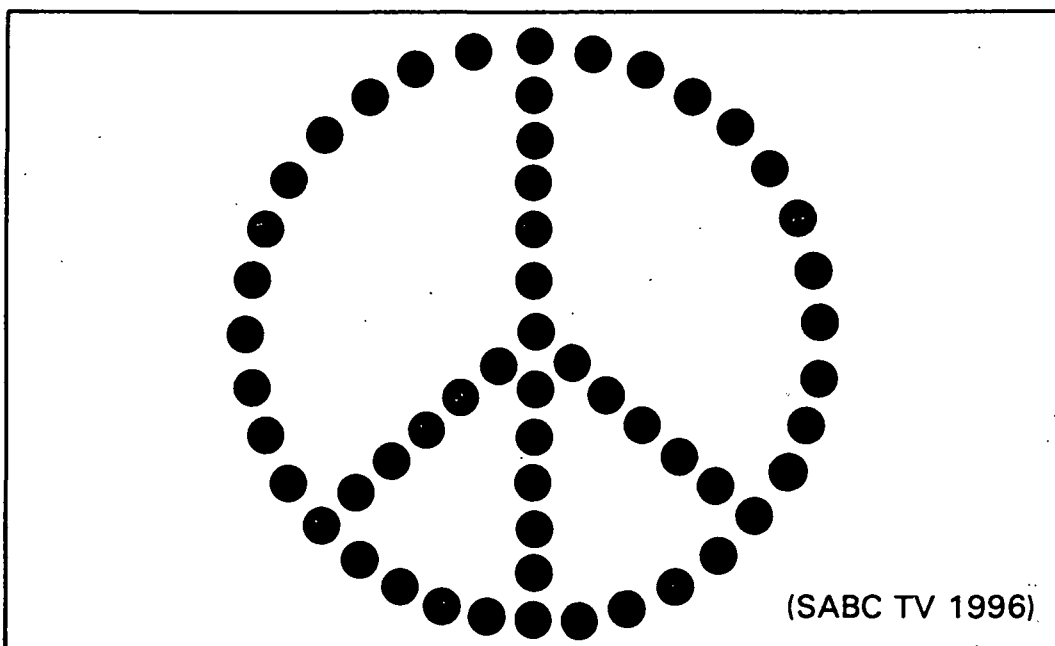
In hierdie verband moet ook daarop gewys word dat ontoepaslike voorstelling van spesifieke etniese groepe in beeldkommunikasie tot wanbegrip, en selfs weersin, by sommige kykers kan lei. Blanke illustreerders in Suid-Afrika besef dikwels nie hoe

karikatuuragtig hulle swart mense uitbeeld nie. Die liggaamstaal van swartes is oor die algemeen nie so grasieus of selfversekerd soos die liggaamstaal van blankes nie. Illustreerders gebruik egter soms figure vir die swart lesermark wat op die liggaamstaal van blankes gegrond is. Om die probleem van etniese kenmerke soos velkleur te oorbrug, word die "wit" vel van blankes met 'n stereotipe "swart" of "bruin" kleurpigment vervang. Deurdat spesifieke onderskeidende etnies-kulturele kenmerke soos liggaamstaal ontken word, verkry die persone in die betrokke illustrasies 'n niksseggende karakter (Leuvennink 1991:84-85).

Uit die advertensiewese kan ook enkele voorbeelde van kultuurvreemde beeldkommunikasie genoem word. In 1989 is die etiket van **Castle Lager** bier in Suid-Afrika verander om 'n meer moderne beeld aan verbruikers oor te dra. Die wysiging het egter tot 'n skerp afname in gebruik van die produk in swart gemeenskappe gelei, vanweë die vals persepsie wat ontstaan het dat die produk self ook vervang is. Dié onverwagte reaksie het die maatskappy genoop om die volgende duidelike boodskap op 'n plaasvervangende verpakkingsetiket aan te bring: "*You can change the label, but never, NEVER, change the beer!*" (Green & Lascaris 1988:180).

'n Spesifieke televisie-advertensie van 'n bekende motorvervaardiger waarin verskillende diere, insluitend 'n vark gebruik is, moes na klagtes van sekere gemeenskappe weens godsdienstige redes in 1993 gestaak word. Verder het 'n gewilde televisie-advertensie van die IBM-rekenaarmaatskappy waarin olifantkalfies uit groot eiers te voorskyn kom, die wanindruk by kinders geskep dat olifante nie soogdiere is nie (Du Toit 1994). 'n Soortgelyke onlangse voorbeeld waar sosio-kulturele sensitiwiteit misken is, was 'n advertensie van **Telkom** gedurende die kersfeesseisoen wat die bekende "vredesteken" van die eertydse hippie-kultuur prominent vertoon het (figuur 6.8). Die bedoeling daarmee was om die boodskap oor te dra dat die betrokke maat-

Figuur 6.8 Onsensitiewe advertensievoorstelling van Telkom in Suid-Afrika



skappy nasionale vredesaksies ondersteun. Hierdie "vredesteken" is egter ook 'n bekende simbool wat met satanisme geassosieer word. Gevolglik het die gebruik van dié spesifieke teken in die advertensie sterk besware in die christelike gemeenskap ontlok.

Verdere voorbeelde in gesondheidskonteks benadruk die potensiële gevare wat die gebruik van kultuurvreemde visuele beelde tydens kommunikasie inhou. 'n Sprekende voorbeeld was die kontroversiële "swanger man" voorligtingsplakkaat in die Verenigde Koninkryk waarop die volgende byskrif 'n groter bewustheid oor mans se verantwoordelikheid in gesinsbeplanning moes bevorder: "*Would you be more careful if it was you that got pregnant?*". Die betrokke beeld was onvanpas vir ongeletterde teikengroepe wat visuele voorstellings gewoonlik letterlik interpreteer, want die boodskap is hiermee oorgedra dat mans ook in staat is om kinders te baar (Green & Lascaris 1988:28).

Soms kan 'n bepaalde vorm van beeldgebruik uiteenlopende reaksie uit verskillende oordele ontlok. In Suid-Afrika het 'n advertensie vir bewusmaking van gesinsbeplanning, waarin 'n vrou in die kraamproses uitgebeeld word (figuur 6.9, p.162), gelei tot verskillende reaksies in die gemeenskap. Alhoewel sommige kenners die betrokke advertensie, met die byskrif: "*One position few people consider while making love!*", as 'n besonder kragtige boodskap evalueer het, het die uitbeelding terselfdertyd hewige reaksie uit feminismegeleeders ontlok. Laasgenoemde groep het die advertensie as minagtend teenoor die vroulike geslag beskou (ADvantage Mei 1994:27).

Twee plaaslike videoprogramme vir seksualiteitsopvoeding, naamlik *Safer Sex - a lover's Guide* en *Safer Sex for gay men and men who have sex with men* is in 1991 deur die eertydse publikasieraad afgekeur, ten spyte van aanbevelings deur onder andere die Departement van Gesondheid en belanghebbende instellings soos die *Aids Support and Education Trust (ASET)* dat die programme vir gemeenskapsopvoeding geskik was. Die Raad het kopsie gemaak teen eksplisiete erotiese materiaal wat volgens hulle oordeel teen die sosiale waardes van sommige gemeenskappe indruis (Lucas & Horn 1993:11). Die verbod op hierdie programme is aan die einde van 1994 deur die publikasieraad herroep, waaruit afgelei kan word dat die norme vir aanvaarbare beeldmedia voortdurend verander.

Die bepalende rol van kultuurspesifieke visuele kodes vir toepaslike beeldkommunikasie in gesondheidsopvoeding is tydens 'n onlangse veldstudie om die effektiwiteit van 'n prentkaartspel vir voorkoming van kinderongelukke in Suid-Afrika bevestig (Hugo 1995:169-173). Die volgende bevindinge is ten opsigte van illustrasies vir 'n populasie wat beide Afrikaans- en Engelssprekende leerlinge asook Xhosasprekendes van uiteenlopende sosio-ekonomiese agtergronde ingesluit het, gemaak:

- * Alhoewel al die kinders helder (primêre) kleure in illustrasies verkies, is spesifieke voorkeure van kleurgebruik in die Xhosagroep teenoor die Afrikaanse en Engelse groepe geïdentifiseer, byvoorbeeld ter aanduiding van die velpigment,

Figuur 6.9 Onsensitiewe tydskrifadvertensie oor seksualiteit in Suid-Afrika
(ADvantage, Mei 1994)

oë, hare en mond van mense. Verskillende kleurvoorkeure is selfs geïdentifiseer tussen laasgenoemde groepe, ten spyte van 'n sterk ooreenkoms in die sosio-ekonomiese agtergrond.

- * 'n Groter aantal verwarrende visuele voorstellings het by die Engelse en Xhosa leerlinge in vergelyking met die Afrikaanse groep voorgekom.
- * Slegs een verwarrende voorstelling het by al drie groepe voorgekom, naamlik 'n illustrasie wat die konsep "hou buite bereik van kinders" voorstel (figuur 6.10). Die betrokke voorstelling is meestal as "'n kind wat oefening doen" of "'n dogter wat 'n bal vang" vertolk.
- * 'n Verdere aanduiding van graadverskille in kulturele toepaslikheid van illustrasies het na vore getree in die voorstelling vir die konsep "vreemdeling" (figuur 6.11). Die betrokke illustrasie was wel toepaslik vir al die Xhosa en Afrikaanse leerlinge, maar slegs een Engelssprekende leerling kon die betekenis korrek vertolk.

Die algemene gevolgtrekking kan gemaak word dat die korrekte vertolking van visuele boodskappe weens sosio-kulturele invloedsfaktore eweneens nie as vanselfsprekend aanvaar kan word nie.

Figuur 6.10 Verwarrende illustrasie vir onderrig oor kinderveiligheid in Suid-Afrika (Hugo 1994:172).



Apho

abantwana

bangena-

kufikelela Khona

Buite kinders se bereik

Figuur 6.11 Vreemde illustrasie vir sekere kultuurgroepe in Suid-Afrika (Hugo 1994:172)



Umhambi • Vreemdeling

6.4.3 Perspektief op boodskapeffekte in gesondheidsgedrag

In die voorafgaande paragraawe het dit duidelik geword dat kommunikasie nie net oor **wat** gekommunikeer word (met ander woorde die inhoud van 'n boodskap) begaan is nie, maar veral ook oor **hoe** 'n boodskap oorgedra word, met verwysing na die gebruik van verskillende verbale en visuele kommunikasiekodes. Verskillende teorieë beskryf kommunikasie as 'n doelgerigte proses waarin die kulturele betekenis en effek van boodskappe beklemtoon word (Fauconnier 1987). Lasswell (aangehaal deur Marchant 1988:56) se model beklemtoon dat die uiteindelijke effek van boodskappe bepalend vir suksesvolle kommunikasie is, en hierdie proses aan die hand van die volgende vyf eenvoudige vrae evalueer kan word, naamlik **Wie sê Wat** in watter **Kanaal** aan **Wie** met watter **Gevolge** - die vrae verteenwoordig onderskeidelik die kommunikeerder, die boodskap, die medium, die ontvanger en die kommunikasie-effek.

Uiteraard kan boodskappe doelbewus ingeklee (en selfs gemanipuleer) word om sekere doelwitte te bereik. Hieroor skryf Van Schoor (1977:59) soos volg: "Communication is not only transmission; it is also reception and response. In a transitional culture it will be possible for skilful transmission to affect aspects of activity and belief, sometimes decisively". Derhalwe word die hoofstuk afgesluit met 'n perspektief op verskillende gunstige en nadelige effekte van mediaboodskappe. Volgens Berridge (1991:179) is die ontleding van moontlike media-effekte op verskillende teikengroepe 'n belangrike aspek van kommunikasie in gesondheidsopvoeding.

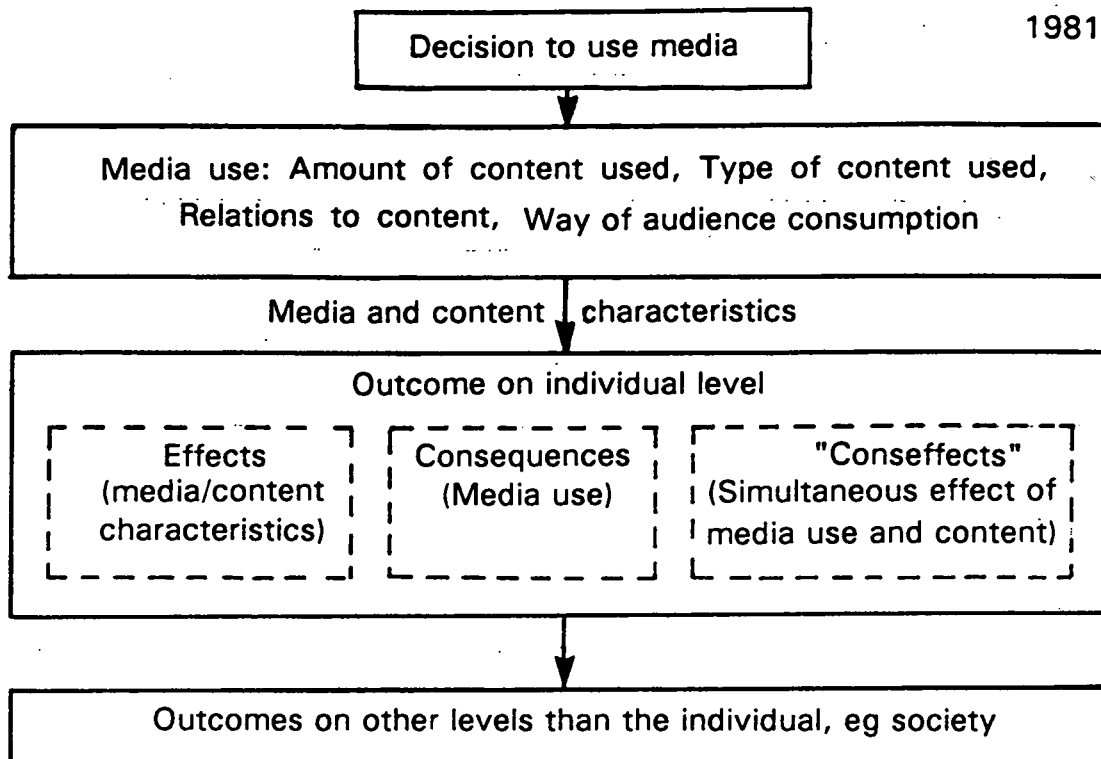
6.4.3.1 Die kompleksiteit van media-effekte

Die verbintenis tussen mediaboodskappe en gesondheidsgedrag is 'n komplekse verskynsel, want sommige boodskappe het 'n groter mate van gedragsverandering tot gevolg as ander, terwyl die moontlikheid ook bestaan dat 'n oënskynlik populêre medium soos televisie risikogedrag kan bevorder. Signorielli (1990:111) rapporteer byvoorbeeld dat persone wat gereeld televisie kyk, of diegene wat televisie as 'n bron van gesondheidsinligting beskou, onverwagte lae voedingkennis het en tot 'n ongesonde lewenstyl geneig is.

Dit blyk dat media-effekte op individue en die gemeenskap verskillende vorme aanneem. Volgens McQuail en Windahl (1983:82-83) word media-effekte bepaal deur faktore soos die inhoudelike aard van 'n boodskap, die hoeveelheid inligting wat op 'n bepaalde oomblik oorgedra word, die wyse waarop boodskappe oorgedra word (met verwysing na beide die betrokke medium en koderingswyses), asook die wyse waarop inligting deur ontvangers gebruik word. Gevolglik kan drie moontlike resultate van mediagebruik in massakommunikasie onderskei word, naamlik: i) effekte, wat primêr deur media- en inhoudskenmerke bepaal word; ii) gevolge, wat primêr deur die wyse van mediagebruik bepaal word; en iii) "effekgevolge" ("consequences"), wat min of meer gelyktydig deur beide boodskapinhoud en mediagebruik bepaal word. Hierdie prosesse vind nie net by individue plaas nie, maar deur die individu se betrokkenheid in verskil-

lende situasies ook uiteindelik in die samelewing as geheel. Dié prosesmatige situasie word in figuur 6.12 voorgestel.

Figuur 6.12 Die proses en vorme van media-effekte in massakommunikasie
(McQuail & Windahl 1981:83)



Verder beïnvloed media menslike gedrag nie op lukrake wyse nie, want media-effekte vind telkens teen die agtergrond van die spesifieke lewensituasie waarin mense hulself bevind, plaas. Verskillende sosio-kulturele invloedsfaktore soos kennis, houdings, waardes en motivering funksioneer as't ware soos 'n "sif" wat die effek van media-stimuli bepaal (Du Toit & Nel 1975:7; Hubley 1994:55-56). Eersgenoemde skrywers noem dat veral audiovisuele kommunikasie in die geval van televisie die sterkste uitwerking op persone uit die laer opvoedkundige strata van die samelewing het (Du Toit & Nel 1975:86). Navorsing in Suid-Afrika (Van Vuuren, aangehaal deur Du Toit 1994:125) toon dat swart en blanke tienerjariges verskillend op gewelddadige insidente in televisieprogramme, veral in nuusaanbiedings, reageer en dat tonele van onrus, opstande asook geweld in swart informele woongebiede vir swart kinders ontstellend is.

Volgens Tones (1991:165) kan ten minste een gevolgtrekking gemaak word, naamlik dat die massamedia nie sonder meer individuele gedrag sal verander, tensy bepalende invloedsfaktore soos intrinsieke motivering en sosiale gedragsnorme nie sterk gevestig is nie. Verder kan media-effekte nie te alle tye vooraf beplan word nie, omdat bepaalde boodskappe tot onverwagte, selfs misleidende, persepsies aanleiding

kan gee. 'n Beeld van gelukkige persone wat rook en alkohol gebruik in 'n media-advertensie sou byvoorbeeld die indruk kon wek dat dié spesifieke lewenstyl noodwendig lei tot of 'n voorvereiste vir sosialisering, ontspanning en geluk is, terwyl die normatiewe sy wat die gevare daarvan uitlig, nie aandag geniet nie. In die volgende paragrafe word spesifiek gefokus op gunstige effekte van mediaboodskappe, moontlike nadelige effekte asook die uiteenlopende effekte van media-advertensies.

6.4.3.2 *Gunstige effekte van mediaboodskappe*

Daar bestaan voldoende bewyse dat bepaalde mediaboodskappe 'n positiewe uitwerking op gedragsverandering kan hê. In die rolprent *E.T.* is byvoorbeeld 'n beeld waar 'n kind 'n sjokoladestafie aan die karakter E.T. gee vir enkele sekondes vertoon. As gevolg hiervan het die verkope van die betrokke produk onmiddellik na die vrystelling van die rolprent oor die hele Amerika die hoogte ingeskiet (Gardiner 1991:17). Fletcher (1986:230) noem die volgende sterkpunt van massamedia in verandering van gesondheidsgedrag: die kombinasie van massamedia en 'n veranderingsagent (byvoorbeeld persoonlike konsultasie of voorligting) maak die grootste impak in die kognitiewe fase van bewusmaking, asook in kennisoordrag en begrip wat lei tot verhoogde belangstelling, affektiewe betrokkenheid en uiteindelijke gedragsverandering. Volgens Roux (1994:12) kan massakommunikasie persoonlike verbintenis tot gedragsverandering versterk, terwyl die hedendaagse massamedia 'n beduidende invloed op die modulerings van die jeug se seksuele gedrag het.

Hierbenewens kan waarde-oordrag deur middel van massamedia soos televisie plaasvind. In dié verband wys Katzman (aangehaal deur Maré 1985:123) op die potensiaal van televisiesepies om persoonlike waardes te verander of te versterk, en verduidelik soos volg: "They can suggest how people should act in certain situations. They can legitimize behaviour and remove taboos about discussing sensitive topics such as drugs and premarital sex". Fowler (1985:4) en Baggaley (1986:46) se navorsing oor die effek van onderskeidelik gedrukte pamflette en televisieflitse in anti-rookveldtogte het getoon dat permanente gedragsverandering na gebruik van die betrokke media bereik is. Rimon (1991:8-9) se navorsing toon dat sukses behaal kan word in verandering van gesondheidsgedrag deur die gebruik van populêre media soos volksmusiek en poppespel.

Die opvoedkundig-kommunikatiewe waarde van radioboodskappe in gemeenskapsopvoeding is by verskillende projekte in ontwikkelende lande gedurende die sewentigerjare ondersoek. In Sierra Leone is radio-uitsendings byvoorbeeld aangewend om padgebruikers in te lig oor die oorskakeling van linkerkant- na regterkant-padgebruik. Die sukses van hierdie projek word weerspieël in die feit dat geen motorongeluk gedurende die eerste maand na die implementeringsdatum aangemeld is nie (Goldthorpe 1984:206). Later rapporteer Goode *et al.* (1996:285) dat vier-en-sestig persent van 'n groep respondente veranderinge in persoonlike eetgewoontes gemaak het op grond van groter bewustheid van gesonde eetgewoontes in die massamedia.

6.4.3.3 *Moontlike nadelige effekte van mediaboodskappe*

Mediaboodskappe is soos die spreekwoordelike tweesnydende swaard, want 'n spesifieke boodskap kan gunstige gesondheidsgedrag bevorder, maar terselfdertyd ook gesondheidsbedreigende gedrag bevorder. Weens die prominensie van televisie en video in die hedendaagse samelewing word die aandag hier spesifiek op hierdie betrokke media gefokus. Gepaardgaande daarmee word enkele opmerkings oor die rol van videospeletjies ook aangetoon.

Uit 'n sekere oogpunt kan televisie as 'n omstrede medium beskou word, omdat sommige televisieprogramme skadelike kognitiewe, sosiale en psigo-emosionele gevolge vir kykers inhou. Newman en Newman (1987:269) se uitspraak gee aanduiding hiervan soverre dit die invloed van televisie op kinders betref: "There is concern that children are being exposed to products (eg. over-the-counter drugs and medications) that might be dangerous to them and that they begin to desire products that are not accurately described in their television presentations".

Sommige skrywers verwys na televisie as die "eenooig-monster", "plugged-in-drug" en "kougom vir die oë" weens die nadele wat 'n hoë frekwensie daaglikse blootstelling aan televisieprogramme op kinders se psigo-emosionele ontwikkeling kan hê (Nel 1975:18; Du Toit 1994:26-44). Die belangrikste algemene potensiële gevare van televisieprogramme word vervolgens bespreek.

i) Televisie kan gesinsverhoudings benadeel

Die "narkotiese" effek van televisie is algemeen bekend. Oor die afgelope veertig jaar het die gewone salaristrekker bykans soveel ure aan televisiekyk as aan werktake gewy. Daar word bereken dat die hedendaagse mens gemiddeld agt lewensjare voor die televisie deurbring. In 'n omvattende navorsingsprojek deur die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (Van Vuuren, aangehaal deur Du Toit 1994:26) onder blanke skoolgaande kinders in Suid-Afrika gedurende die aanvangsjare van televisie is bevind dat laerskoolleerlinge tot drie-en-twintig uur per week televisie kyk. Hierdie syfer het na vyftien uur per week gedaal by matriekleerlinge. Uiteindelik kan kommunikasie tussen gesinslede benadeel word omdat tyd eerder vir televisiekyk gebruik word. Navorsing toon dat die onderwerpe van gespreksvoering in gesinne wat baie televisie kyk, meestal sentreer om verhale en gebeurtenisse in televisieprogramme (Brody, Stoneman & Sanders 1980:216-220).

ii) Televisie kan 'n gesonde lewenstyl benadeel

Uit 'n opvoedkundige oogpunt lê ernstige gevare opgesluit in die prominente vermaaklikheidsmotief van televisieprogramme, want televisie as massamedium het vir die meeste kykers 'n ontspanningsfunksie, eerder as inligting- en opvoedkundige funksie (Du Toit 1994:43-44). Kinders word reeds op voorskoolse stadium aan die vermaaklikheidstyl in televisieprogramme blootgestel, wat meestal die gevoel en drang na ak-

sie, eerder as intellektuele denke, stimuleer. In 'n omvattende ondersoek deur Stone (1990:50) is bevind dat 24,1 persent van kinders sonder ouertoesig die meeste van hul vryetyd aan televisiekyk of videovermaak bestee, terwyl 64,4 persent kinders televisiekyk soms as tydverdryf gebruik. Dieselfde ondersoek rapporteer dat 69,1 persent van die standerd vyf-leerlinge enige televisieprogram en 41,3 persent van hulle na enige rolprent of video mag kyk. 'n Beduidende persentasie van die respondente (45,6%) is van mening dat dit nie verkeerd is om na video's te kyk wat vir hulle ouderdomsbepierking verbied is nie, terwyl 39,1 persent van die respondente oordeel dat geweldstonele op televisie nie 'n nadelige invloed op die jeug het nie (Stone 1990:25-26). Esslin (1982:79) se navorsing het bewys dat die aandagspan en konsentrasie van kinders wat lang ure aan televisiekyk bestee, as gevolg van gereelde "onderbrekings" soos advertensieflitse afneem.

In sy opspraakwekkende boek, *Amusing Ourselves to Death*, waarsku Neil Postman (1985) teen die gevaar van 'n lewenstyl wat sentreer om vermaak. Wanneer mense meestal hulle vryetyd wy aan televisiekyk, is daar minder tyd beskikbaar vir aktiwiteite wat liggaamlike, sosiale en geestelike ontwikkeling stimuleer. Vir sommige kan televisiekyk daaglikse lewensbehoefte vervang. Opnames het getoon dat televisiekyk meer Amerikaners se lewensbehoefte bevredig as eet, stokperdjies, die huwelik, sportdeelname, godsdiens en seks (Broddason 1994:10-11).

Die lang ure wat kinders voor die televisie deurbring, kan aanleiding gee tot fisieke deformiteite soos skeletmisvormings. Verder het studies aan die Universiteit van Washington getoon dat kinders en volwassenes wat voortdurend blootgestel word aan ligflikkering op televisie en rekenaarskerms meer geneig is om epiletiese aanvalle en stuipe te kry (Die Burger, 4 Julie 1994).

iii) *Televisie bied ontvlugting van lewensrealiteite*

Media kan as plaasvervanger gebruik word vir interpersoonlike verhoudings. Lull (1977:5437-5438) het bevind dat kinders wat verhoudingsprobleme met gesinslede en die portuurgroep het, meer dikwels toevlug neem tot lang ure voor die televisiestel.

iv) *Televisie kan 'n verwronge beeld van die werklikheid skep*

Televisieprogramme bied meestal slegs 'n geselekteerde greep van die totale werklikheid en kan uiteindelik deur herhaaldelike blootstelling persoonlike persepsies van sake vervorm. Kinders en ongeletterdes beskik egter nie oor die vermoë om programinhoud in die korrekte perspektief te plaas nie. Gevolglik bestaan die gevaar dat negatiewe sosiale rolmodelle nageboots kan word, met tragiese gevolge, selfs selfmoord (Greenfield 1984:92-95).

In Februarie 1991 het 'n twaalfjarige seun van Virginia (Suid-Afrika) homself opgehang nadat hy in die rolprent *Dadah is Death* op M-Net gesien het hoe twee dwelmsmokkelaars in Maleisië op dié wyse tereg gestel is. 'n Opmerking van die seun

se ma was insiggewend, en bevestig omomwonde dat televisieprogramme veral kinders se gedrag beïnvloed: "He was fascinated by television and absorbed programmes and ideas like a sponge" (Gardiner 1991:27). Soortgelyke selfmoordaksies by kinders ná herhaaldelike blootstelling aan onnatuurlike tonele of spesifieke karakters soos *Batman* op televisie word deur ander skrywers bevestig (Phillips 1986:71).

'n Huishulp in Los Angeles het op 'n sewejarige seun afgekom terwyl hy besig was om stukkies fyn glas in die gesin se kos te strooi - hy het nie bedoel om hulle dood te maak nie, maar wou sien of dit werklik so goed werk soos televisie dit vertoon (Du Toit 1994:83).

'n Belangrike faset van die onrealistiese werklikheidsvoorstelling is die skep en vaslegging van stereotipes. 'n Ontleding van massamedia boodskappe in Brittanje toon dat eensydige verdraaide uitbeeldings van vroue, swartmense, gestremdes en verskillende minderheidsgroepe in die media voorgehou word. Vroue word meestal uitgebeeld in 'n seksuele konteks of in gesinsverband met klem op die twee tradisionele rolle, naamlik as seksobjek en as moeder. Swartmense word voorgehou as onderwerpe van bespottings, of geassosieer met "gevaar". Die stereotipe mediabeeld van gestremdes kom neer op absolute hulpeloosheid (Webb & Tossell 1991:180-182). Ander navorsing (Philpo *et al.* 1994:274) toon dat geestesversteurdheid in die media dikwels geassosieer word met geweld of lagwekkende optredes in die openbaar.

Volgens Wattleton (1987:379) is die mees onverantwoordelike televisieboodskap aan tieners rondom seksuele gedrag dat dit "in die mode" is om geen kontraseptiewe metodes te gebruik nie. Gereelde onverantwoordelike boodskappe in televisiesepies is dat seks spontaan gebeur wanneer die behoefte ontstaan, en geen verantwoordelikhede van betrokkenes vereis nie.

v) Televisie kan tot desensitasie van lewenswaardes lei

Dit is bekend dat televisieprogramme onder sekere omstandighede tot afstomping van morele waardes kan lei (Nias 1983:363-367; Du Toit 1994:87). Herhaaldelike blootstelling aan bepaalde lewensbedreigende boodskappe soos geweld, oorlogstonele en tonele van hongersnood kan op langeduur tot afstomping van persoonlike waardes wat met lewensbehoud en gesondheid verband hou, lei. Die verband tussen oormatige blootstelling aan tonele van geweld in televisieprogramme en stimulerings van gewelddadige gedrag by kinders is volgens Du Toit (1994:88-99), telkens deur navorsing bevestig. Voorlopige navorsing in Suid-Afrika (Tyger-Burger 24 Jan, 1996) bevestig die algemene opinie dat te veel geweld op televisie onaanvaarbaar is. Die betrokke navorsers kom tot die gevolgtrekking dat, in 'n omgewing waar kinders se blootstelling aan beeldmedia relatief nuut is, of waar vorige blootstelling geensins plaasgevind het nie, en die vlak van openbare geweld toeneem terwyl dit deur sommige groepe goedgekeur word, die effek van sodanige blootstelling selfs groter is. Waarskynlik die beste bewys van die nadelige gevolge van blootstelling aan geweld op televisie is 'n

elfjarige seun se onsensitiewe houding oor lewensbehoud, wat hy soos volg beskryf: "You see so much violence that it's meaningless. If I saw someone really get killed, it wouldn't be a big deal. I guess I'm turning into a hard rock" (Greenfield 1984:46).

Alhoewel daar steeds onduidelikheid oor die spesifieke oorsaaklike verband tussen televisieboodskappe en gewelddadige gedrag bestaan, gee Huesmann en Eron (aangehaal deur Du Toit 1994:85) 'n moontlike verklaring. Daarvolgens is aggressiewe kinders ongewild, daarom is sulke kinders geneig om meer as hulle maats televisie te kyk. Wanneer hulle geweldstonele op televisie sien, word hulle eie persepsie versterk dat geweld aanvaarbaar is. Terselfdertyd word hulle aan nuwe vorme van geweld blootgestel wat in die sosiale omgang toegepas word, wat op hul beurt die betrokke kinders se ongewildheid verder vergroot. Sodanige tonele het ook 'n spesifieke effek op die geestesingesteldheid van jong kinders: geweld en selfs moord word gesien as die enigste, effektiewe of natuurlike manier om konflikte op te los. Anders gestel: "goeie" mense het die reg om alle "slegtes" dood te maak (Du Toit 1994:82). Geweldstonele op televisie kan moontlik 'n groter mate van vrees by kinders ontlok as wanneer hulle daarvan in 'n boek, tydskrif of koerant lees, omdat hulle nie die vermoë het om tussen fiksie en werklikheid te onderskei nie (Stone 1990:95).

Daar bestaan teenstrydige opinies oor die effek van videospelletjies met geweld as tema. Volgens Kestenbaum en Weinstein (1983:329) bied videospelletjies onskadelike geleentheid vir ontlading van stres. Daarenteen skets Gardiner en Gardiner (1991) in hulle boek *How safe is my child* die duidelike nadelige sielkundige en emosionele gevolge van kinders se herhaaldelike ongekontroleerde blootstelling aan brute geweld, tesame met okkulte simbole en satanistiese rituele op televisie. Die skrywers gee verskillende voorbeelde hoe gewilde strokieskarakters soos *He-Man*, *Masters of the Universe*, *Ninja Turtles* en rekenaarspelletjies soos *Bionic Six* en *Dungeons and Dragons* tot abnormale destruktiewe gedrag en miskenning van beskaafde lewenswaardes by kinders gelei het.

Volgens die bestuurder van 'n bekende internasionale speelgoedmaatskappy is daar 'n sterk toename in aanvraag na videospelletjies soos *Mortal Kombat* en *Night Trap*, waarin geweld die hooftema is. Die rede vir hierdie toename is angswekkend. Hy verduidelik: "The callers want to know how to do special attacks, and how to get blood splattering on the screen. They want more blood" (Jackson 1993:69). Aansluitend hierby illustreer die volgende verduideliking van 'n spelletjiesentrumbestuurder hoe geweld in videospelletjies die minagting van waardes soos lewensbehoud kan stimuleer: "You had a bad day, so you can go in there and rip a couple of heads off and feel better" (Jackson 1993:65). Soortgelyke effekte word oor rekenaarspelletjies met geweld as tema gerapporteer. *Doom* is die eerste rekenaarspelletjie wat die drumpel tussen illusie en werklike fisiese ongemak oorgesteek het, soveel so dat die spelletjie van 'n epilepsie-waarskuwing vergesel word. Volgens Silber (1996:60)

presenteer die DGBS (Doom-Geïnduseerde Beweegsiekte-Sindroom) as tranerige oë, hoofpyn, duiseligheid, kortasem en mislikheid.

Teen die agtergrond van die duidelike bewyse dat mediaboodskappe soos onder andere in televisieprogramme tot desensitasie van lewenswaardes kan lei, maak Greenfield (1984:93) die insiggewende opmerking dat die hipnotiese effek van videospeletjies op kinders nie te danke (of te wyte) is aan die geweld op sigself nie, maar eerder bevorder word deur die element van aksie. Haar gevolgtrekking is dat die skadelike effekte van media op kinders nie intrinsiek aan die media self is nie, maar die gevolg van spesifieke wyse waarop die betrokke medium gebruik (of misbruik) en die mediaboodskappe ingeklee word.

6.4.3.4 Uiteenlopende effekte van media-advertensies

Navorsing oor die rol en impak van media-advertensies in verandering van gesondheidsgedrag het oor die afgelope dekade skerp toegeneem. Oor die algemeen is dit duidelik dat bepaalde boodskappe in media-advertensies gedragsverandering kan stimuleer. Van die bekendste onderwerpe waarvoor oorredingskommunikasie in advertensieveldtogte suksesvol toegepas is, is voeding (Musaiger 1983:109-114; Goode *et al.* 1996:285-299), rook en alkoholgebruik onder tieners en volwassenes (Chapman & Egger 1984:166-186; Swan *et al.* 1989:59-63; Nelson & While 1992:64-67; Hastings *et al.* 1992:38-42), asook gesinsbeplanning (Rall 1986:17).

Volgens Fieldhouse (1986:6) is dieetgewoontes van die publiek grootliks op voedselbemarkingstrategieë, eerder as kultuurverwante tradisie of rasonale besluite oor die voedingswaarde van voedselkeuses gebaseer. Navorsing deur Stoneman en Brody (1981:96) toon jongmense se verandering van voorkeur vir sekere voedselsoorte na blootstelling aan advertensies waarin die betrokke portuurgroep die voedselsoorte gebruik het. Aitkin *et al.* (1984:204) het bevind dat adolessente wat dikwels aan advertensies oor bier en wyn in die media blootgestel word, beplan om dit te begin gebruik of dit in groter mate as voorheen te gebruik. Soortgelyke bevindinge het uit Nelson en While (1992:64-67) se navorsing gevolg. Daarvolgens gee kinders wat dikwels alkohol gebruik prioriteit aan advertensies oor bier, omdat hulle "van die produk hou". 'n Multimedia-advertensieveldtog onder die slagspreuk "*Are you dying to get a suntan?*" het gelei tot groter openbare bewustheid oor die gevare van onbeheerde sonbrand (Cameron & McGuire 1990:166-170).

Onlangse navorsing in Suid-Afrika (National Council Against Smoking 1996) het ook getoon dat media-advertensies positiewe gesondheidsgedrag kan bevorder. Drie-en-tagtig persent van die 2200 volwassenes in die ondersoek het aangetoon dat hulle advertensies oor nuwe regeringsriglyne rondom waarskuwingskennisgewings op tabakprodukte gesien, gehoor of daaroor gelees het. Van hierdie groep het vyf-en-neëntig persent bevestig dat die advertensies waardevolle inligting bevat het. Uiteindelik het die veldtog daartoe gelei dat die persentasie rokers in Suid-Afrika met twee persent verminder het, wat 500 000 mense verteenwoordig.

Die moontlikheid bestaan egter dat media-advertensies tot gedragsverandering wat nie vir persoonlike gesondheid bevorderlik is nie, kan lei. McKinnon (1979:198-202) rapporteer dat die aantal immuniserings van kinders by 'n kliniek dramaties afgeneem het nadat moontlike nuwe-effekte van 'n bepaalde hoësmiddel in advertensies verskyn het. Aitken *et al.* (1986:204) se navorsing toon dat sigaretadvertensies kinders se vatbaarheid vir die rookgewoonte verhoog en die rookgewoonte versterk. Dit blyk verder dat daar 'n duidelike oorsaaklike verband tussen tydskrifadvertensies oor dieet en die toename in dieetsiektes soos anorexia nervosa is. Dieetsteurnisse by vroue en tienermeisies kan aan die invloedryke rol van die massamedia waarin 'n "ideale" voorkoms wat nie gesonde eetgewoontes bevorder nie, toegeskryf word (Evans *et al.* 1991:99; Anderson & DiDomenico 1992:283-287; Nemeroff *et al.* 1994:167-176).

Navorsing oor die impak van media-advertensies op menslike gedrag binne konteks van gesondheidsopvoeding bied nog nie finale antwoorde nie. Tones (1993:130) se gevolgtrekking hieroor is kort en saaklik: "Half of our advertising works - but we don't know which half!". Verder waarsku Hastings *et al.* (1992:38-42) teen eensydige standpunte, want hul eie navorsing het bevind dat advertensies minder invloed in jong mense se alkoholgebruik as ander faktore soos vriende (groepsdruk) en ouervoorbeeld het. Ander navorsing (Roberts & Bachen 1981:356; Aitken *et al.* 1986:207) het bevind dat selfs voorskoolse kinders geleer kan word om meer skepties te staan teenoor media-advertensies en dus die uiteindelijke effek daarvan te verminder.

Ter bevestiging dat vrae oor die impak van media-advertensies op gesondheidsgedrag nie 'n eenvoudige antwoord bied nie, kan 'n direkte oorsaaklike verband tussen media-advertensies en tieners se eerste eksperimentering met rook nie sonder meer verklaar word nie. Navorsing toon wel dat persoonlike houdings oor sigaretadvertensies belangrike aanduiders van toekomstige rookgedrag is, en media-advertensies rookgedrag kan stimuleer indien boodskappe op die vestiging van positiewe houdings gerig is. Kinders is meer ontvanklik vir sigaretadvertensies as wat ouers besef (Van Oudtshoorn 1994:22-23). Nelson en Charlton (1991:12-15) se navorsing toon dat kinders in staat is om spesifieke besonderhede van sigaretprodukte na blootstelling aan media-advertensies noukeurig te herroep.

6.4.4 Die rol van mediageletterdheid

Mediageletterdheid is 'n faset van kommunikasie wat in die moderne vertegnologiseerde en mediabesette samelewing 'n bepalende rol in die sinvolle formulering en vertolking van boodskappe vervul. Hierdie faktor is ook deurslaggewend by mediagebruik in gesondheidsopvoeding. Ter aanduiding dat spesifieke vaardighede rondom mediageletterdheid by gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande noodsaaklik is, skryf Fletcher (1986:232) soos volg: "If audiences are being trained to learn from TV images rather than the written word, then a video cartridge on pregnancy and

childbirth would seem much more effective...". Gevolglik val die fokus ten slotte op aspekte van mediageletterdheid in gesondheidskommunikasie.

6.4.4.1 *Vorme van mediageletterdheid*

Mediageletterdheid is gebaseer op die feit dat media nie blote passiewe boodskapdraers is nie, maar vormgewend ten opsigte van betekenisinhoud. Die Kanadese kommunikasiekundige, Marshall McLuhan het deur sy bekende uitspraak, "the medium is the message" (1974:16), daarop gewys dat elke medium unieke inherent kodeeringskenmerke het wat een of ander langtermyn psigiese effekte op mediagebruikers inhou. Aansluitend by dié standpunt het navorsing oor die afgelope drie dekades spesifieke kognitiewe denkfunksies rondom die kodering en dekodering van inligting met visuele, auditiewe en semantiese kenmerke geïdentifiseer. Daar is tevore gewys op Sperry se teorie oor die onderskeid en interaksie tussen funksies van die linker- en regterbreinhemisfere (vide, h5:122). Ter bevestiging het ander navorsing (Kozma 1991:179-211; Kay 1991:138-148) getoon dat mediagebruik kognitiewe denke asook kreatiewe probleemoplossing bevorder deur aktiwiteit van beide die linker- en regterbreinhemisfere te stimuleer.

Tradisioneel het die begrip geletterdheid na lees- en skryfvaardighede verwys. In die afgelope dekades het dit egter 'n wyer betekenis verkry deur ander vorme van geletterdheid in te sluit, byvoorbeeld geletterdheid ten opsigte van kommunikasiekodes in rekenaargebruik, televisie en visuele media in die algemeen. Daar kan dus tussen verskillende vorme van mediageletterdheid, byvoorbeeld rekenaargeletterdheid en visuele geletterdheid, onderskei word (Dondis 1973; Handler 1993:147-156).

Ten einde verwarring te voorkom, word hier primêr op die rol van visuele geletterdheid gefokus, aangesien verskillende vorme van visuele kommunikasie, byvoorbeeld televisiebeelde, foto's en illustrasies in ongeletterde gemeenskappe die gesondheidsboodskap moet oordra. In wese dui visuele geletterdheid op spesifieke vaardighede in die gebruik van kodes vir beeldkommunikasie. Die uitgangspunt is dat beeldkommunikasie 'n eie "beeldtaal" het wat die gebruiker daarvan moet bemeester. Sommige skrywers soos Monaco (1981) beklemtoon die vermoë om visuele beelde as't ware korrek "te lees", omdat daar nie iets soos "passiewe kyk" (die waarneming van visuele beelde sonder enige kognitiewe interpretasie daarvan) is nie. Daarom praat Sless (1981) in dié verband van die "denkende oog".

Kortom kan visuele geletterdheid omskryf word as 'n spesifieke kommunikasievaardigheid wat op die betekenisvolle gebruik en vertolking van beeldkommunikasiesimbole gerig is (Bowers 1983:2-4; Adams & Hamm 1988:28). Visuele geletterdheid kom egter nie op dieselfde wyse as leesvaardigheid tot stand nie, omdat beeldkommunikasie 'n eiesoortige aard en kompleksiteit van boodskapkodering inhou wat van geskrewe teks verskil (Dondis 1970:12).

Dit kan verder gemeld word dat vorme van visuele geletterdheid wel spontaan met verloop van tyd kan ontwikkel as gevolg van kykers se herhaaldelike blootstelling aan

spesifieke beeldkommunikasiekodes in verskillende media (Greenfield 1984:16; Heyer 1989:28). Hieruit volg die moontlikheid dat verskillende vlakke van visuele geletterdheid ten opsigte van die vertolking van mediaboodskappe kan voorkom, soos deur Van Aswegen (1981:79) se navorsing in Suid-Afrika bevestig.

6.4.4.2 Die belangrikheid van media- en visuele geletterdheid

Die literatuur stel dit onomwonde dat mediageletterdheid in hedendaagse kommunikasiepraktyk onontbeerlik is, want dié spesifieke kommunikasievaardigheid stel mediagebruikers in staat tot diskriminasie en interpretasie van verskillende mediaboodskapcodes (Singer & Singer 1983:203-221). Mediageletterdheid word as 'n belangrike vaardigheid vir die korrekte vertolking van verskillende media-advertensies beskou, aangesien distorsie van mediaboodskappe oor verskillende gesondheidsake dikwels voorkom (Goldberg & Gorn 1983:144; Atkin & Arkin 1990:90). Ter voorbeeld rapporteer Domatob (1991:94) dat ongeletterdes in Afrika mense se optredes regverdig op grond van bepaalde gedragsnorme wat deur die media as aanvaarbaar voorgehou word, soos verwoord deur die opmerking, "... the radio said so".

Sommige skrywers beskou mediageletterdheid as onontbeerlik vir oorlewing in die hedendaagse vertegnologiseerde samelewing (Pelach & De Ribot 1993:134; Kennedy 1993:28). Vir Koschmann (1995:819) geld dié standpunt inderdaad ook op die gebied van mediese onderwys, want rekenaargeletterdheid behoort mediese studente in staat te stel om inligtingstechnologie doeltreffend te benut in 'n snel veranderende wêreld, maar meer nog want, "...learning with computers offers the most powerful means of fostering the forms of termless learning that students will need to practice medicine in the future".

In ag genome die gevorderde sofistikasievlak van inligtingkodering in hedendaagse media, byvoorbeeld animasies van videografika en multibeeldprojeksies, kan visuele geletterdheid ook nie as vanselfsprekend aanvaar word nie. Lowe (1993:23) verduidelik soos volg: "For the diagram to be successful, the viewer needs to process it in such a way that the end result built up in his or her mind closely matches the author's intention. If a viewer processes a diagram in an *inappropriate* way, the result can be an 'understanding' of the diagram that was *not* intended...". In dié sin vervul mediageletterdheid 'n sosiale bemagtigingsfunksie in ontwikkelende lande waar massakommunikasie dikwels deur misbruik vir politieke gewin, manipulasie van ongeletterdes en propagandadoeleindes gekenmerk word (Anderson 1994:29-33).

6.4.4.3 Die kommunikatiewe effek van visuele ongeletterdheid

Enkele voorbeelde kan die potensiële struikelblokke in kommunikasie weens die gebrek aan visuele geletterdheid in ontwikkelende lande illustreer. Sedert die sestigjarige het verskeie navorsers soos Holmes (1963), Hudson (1967), Omari en MacGinitie (1974) asook Leach (1978) bevind dat beide kinders onder agt jaar en ongeletterde volwassenes in Afrika die illusie van diepte (voorgestel deur middel van liniêre perspektief) meestal foutief vertolk, want hulle neig om perspektieftekeninge en foto's

te interpreteer as twee-dimensionele voorstellings. Zimmer en Zimmer (1987:7) wys daarop dat ongeletterde persone visuele beelde meestal as niksseggende vorms ("smudges of ink") vertolk, en verduidelik aan die hand van 'n voorbeeld verder: "The human head or hand without the whole body is seen by the adult illiterate as bloody and gory, or simply funny. They have never seen a smiling face that was not attached to a body ... or a man carrying a mountain on his head". Waaroor dit dus hier gaan, is die onvermoë om eenvoudige visuele beelde korrek te vertolk wees die gebrek aan funksionele visuele geletterdheid, met verwysing na bekendheid met verskillende konvensies van beeldkommunikasiekodes. In dié opsig het navorsing variërende vlakke van visuele geletterdheid, op grond van bepaalde televisiekykpatrone in verskillende gemeenskappe aangetoon (Salomon & Cohen 1978; Ausburn & Ausburn 1983). Green en Lascaris (1990:101) noem onder andere dat ongeletterde mediagebruikers in Afrika vanweë 'n gebrek aan visuele geletterdheid visuele beelde meestal letterlik interpreteer, en beeldsimboliek vir dié groep ontoepaslik is. Hierdie bevindinge is onlangse in Suid-Afrika ten opsigte van visuele boodskappe in gesondheidsopvoeding bevestig (Hugo 1991:47-50; Hugo 1994:169-173) bevestig. In een van die ondersoeke is bevind dat Xhosa-leerlinge, vanweë gebrekkige visuele geletterdheid, nie die vermoë gehad het om verskillende kledingstukke in 'n (twee-dimensionele) illustrasie te onderskei nie.

Die volgende klassieke voorbeeld is algemeen bekend: 'n visueel ongeletterde persoon se reaksie op die vergroting van 'n tsetsevlug op 'n plakkaat tydens 'n praatjie oor higiëne was dat dié spesifieke gesondheidsrisiko nie juis in hul dorp voorkom nie, omdat die vlieë daar baie kleiner (as die voorbeeld) is (Clarke 1982:56). In dieselfde trant het 'n gesondheidswerker van Guyana tydens voorligting oor immunisasie by 'n landelike gemeenskap die beeld van twee kinders onder 'n sambreel op 'n plakkaat gebruik om die boodskap van beskerming oor te dra. Helaas was die resultaat in hierdie geval ook komies, soos Ewan (1982:148) skryf: "The villagers interpreted the message as an advertisement for umbrellas and the virtue of staying out of rain!". David Lamb, 'n joernalis wat tien jaar in Afrika gereis het, beskryf ook 'n groep Keniane se reaksie op eenvoudige beeldmateriaal soos volg: "The women were silent and puzzled; they could not understand the charts, which to them were one-dimensional abstractions. ... the Masai gazed in wonder at the photograph, giggling and blushing. It passed from hand to hand and was always viewed upside down" (1990:26). Pettersson (1991:110-111) rapporteer verder na aanleiding van navorsing in Swede dat 'n groot groep skoolkinders onrusbarend hoë vlakke van visuele ongeletterdheid openbaar - nege uit tien leerlinge het probleme ervaar om die inhoud van 'n prent oor die Eskimo's se lewenswyse korrek te vertolk.

Hierdie enkele voorbeelde bevestig dat die gebrek aan visuele geletterdheid wanvertolking van sekere mediaboodskappe kan meebring.

6.4.5 Implikasies vir mediagebruik en boodskapontwerp

In die voorafgaande paragrafe is aangetoon dat kommunikasie by gesondheidsopvoeding, vanuit 'n sosio-kulturele oogpunt, met verskillende slaggate te kampe kan hê, naamlik die moontlikhede van kultuurvreemde taalgebruik, liggaamstaal, humor en visuele beelde. Verder het dit duidelik na vore getree dat mediaboodskappe, soos onder andere op televisie en in media-advertensies, beide voordelige en nadelige effekte op individuele gesondheidsgedrag kan hê. Die belangrikste algemene implikasie is dat boodskappe op so'n wyse geformuleer (gekodeer) moet word om enersyds positiewe gesondheidsgedrag te bevorder, en andersyds die moontlike skadelike effekte van (ontoepaslike) boodskappe te verminder of selfs algeheel uit te skakel (Gunter *et al.* 1993:26; Slater 1995:186).

Mediakontekstualisering en boodskapakkulturasie (die proses waardeur boodskappe ingeklee of aangepas word om die sosio-kulturele lewensomstandighede waarin mense hulle daaglik bevind, te weerspieël) is gevolglik 'n belangrike strategie om boodskap-toepaslikheid vir spesifieke teikengroepe te verhoog (Boyd 1991; Stedler 1992; Appelbaum & Enomoto 1995; Gray & Herrick 1995; Freedman 1996).

Die aanpassing van mediaboodskappe wat op verskillende taal- en kultuurgroepe gerig is, is 'n bekende verskynsel in hedendaagse gesondheidsopvoeding. Vir Airhihenbuwa en Pineiro (1988:240-243) moet inligting in gesondheidsopvoeding as't ware in die teikengehoor se taalidroom gegiet word, in plaas daarvan dat die teikengehoor self by kultuurvreemde taal moet aanpas. Navorsing deur Harris (1988:104-106), Cella (1992:377-380) en Rossiter (1993:316-318) toon dat programme waarin taal- en kultuurverskille in ag neem is, byvoorbeeld in rookvoorkoming onder Viëtnamese vlugtelinge en respiratoriese siektes onder Spaanse en Indiaanse gemeenskappe in Amerika, hoogs suksesvol was. Soortgelyke resultate is in navorsing rondom multikulturele opvoedingsprogramme oor hartsiektes onder vroue in Australië verkry. Brown *et al.* (1996:117) rapporteer dat, "... health promotion programs tailored specifically for groups of women from non-English-speaking backgrounds can be effective in modifying cardiovascular risk factors if an effort is made to address socio-cultural and linguistic barriers to participation".

Volgens Claassen (1994) sal minder akademiese taalgebruik (met ander woorde gewone spreektaal) bydra om interkulturele kommunikasie in Suid-Afrika te verbeter. Aansluitend hierby het Louis Malherbe (1996) per geleentheid die gebruik van onnodige teologiese vaktaal tydens prediking (vir leke) aan predikante as kommunikasiestruikelblok voorgehou, met die versoek dat hulle meer verstaanbaar vir die gewone mens (leke) moet preek, waarop hy sy uitgangspunt soos volg stel: "Kom af na waar die *tyre* die teer slaan; dis waar julle *customers* is!" (Malherbe 1996:6). Eenvoudig gestel, beteken dit dat die publiek nie gespesialiseerde akademiese taal verstaan nie. Boodskappe moet dus telkens binne 'n bepaalde situasie vereenvoudig word tot op 'n vlak waar dit vir individue sin maak. By toepassing in gesondheidsopvoeding

noem Keenan (1996:86) dat modelle vir linguistieke standaardisasie ten opsigte van geskrewe en verbale kommunikasie kan bydra om inligting oor mediese onderwerpe meer gebruikersvriendelik te maak. Volgens Viljoen (1994) is radio 'n veel doeltreffender en goedkoper medium vir kultuurspesifieke kommunikasie as ander massamedia soos koerante en tydskrifte.

Hieruit volg dat noukeurige teikenontleding 'n belangrike voorvereiste vir doeltreffende gesondheidskommunikasie is, want sodoende word bepalende invloedsfaktore soos taalverskille (met inbegrip van taaldialekte), geletterdheidsvlak en sosio-kulturele waardes asook gewoontes geïdentifiseer wat in boodskapontwerp behoort neerslag te vind. Bhopal en Donaldson (1988:138) noem dat die agtergrondgegewens vir toepaslike boodskappe in gesondheidsopvoeding ten minste data oor die volgende aspekte van 'n teikengroep of gemeenskap behoort in te sluit, naamlik:

- * die betrokke groep of gemeenskap se kennis en ervaring oor 'n spesifieke gesondheidsaspek;
- * die huidige gesondheidstatus van die gemeenskap; en
- * geskikte aksies wat prakties uitvoerbaar is.

Ter beklemtoning dat deeglike teikenontleding in boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding noodsaaklik is, maak Tones die insiggewende opmerking: "Rather than asking whether mass media work, we should be asking what kind of effect we might expect from *different* kinds of media used in *different* situations and contexts to present *different* sorts of messages about *different* subjects to *different* target groups" (1991:156, kursivering, JH). Dié standpunt word deur skrywers soos Berridge (1991:179) en Gunter (1993:26) onderskryf. Eersgenoemde maak die opmerking dat die ontleding en formulering van media-effekte in gesondheidsopvoeding, "... is more a question of differential effects on different groups in society". Volgens Maibach en Parrott (1995:167) is die belangrikste les oor gesondheidskommunikasie uit die afgelope dekades die nuwe besef dat toepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding 'n doelgerigte teikenbenadering benadering vereis.

6.5 SAMEVATTING

Boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding is onlosmaaklik verbonde aan kommunikasie, want enige suksesvolle opvoedingsaksie vereis weldeurdragte boodskapformulering, die aanwending van geskikte media en korrekte vertolking van boodskappe. Hierdie hoofstuk het daarom sekere kommunikasie-aspekte van gesondheidsopvoeding bespreek.

Ten minste twee algemeen kommunikasiestrategieë figureer sterk in gesondheidsopvoeding, naamlik die inligtingsbenadering, asook die bemarking- en oorredingsbenadering. Alhoewel 'n bemarkingsaanslag die trefkrag van gesondheidsboodskappe kan verhoog, bestaan die gevaar dat ontoepaslike media-advertensies tot gedrag kan lei wat die gesondheid van individue en gemeenskappe bedreig in plaas van dit in

stand te hou of bevorder. Daarom moet die benutting van advertensies oor onderwerpe wat met gesondheid verband hou, omsigtig hanteer te word, veral omdat instellings vir gesondheidsorg en die reklamewese uiteenlopend verskillende etosbenaderings tot mediaboodskappe volg.

In boodskapformulering vir gesondheidsopvoeding kan 'n verskeidenheid benaderings gevolg word, onder meer die vrees-, logiese en humoristiese benadering, wat elk bepaalde sterkpunte asook tekortkominge inhou. Hierbenewens het die bepalende rol van sosio-kulturele faktore in toepaslike gesondheidsboodskappe ook duidelik na vore getree, omdat kultuurvreemde taalgebruik, humor, liggaamstaal en visuele voorstellings voorkom. In die lig hiervan is mediakontekstualisering noodsaaklik, wat onder andere boodskapakkulturasie vereis. By implikasie moet media oor die algemeen, en boodskappe spesifiek, aangepas word om die taalgebruik, lewenstyl en omstandighede van spesifieke teikengroepe te weerspieël.

Aangesien die spesifieke tegniese inkleding van elke besondere boodskap direk die mate van boodskaptoepaslikheid bepaal, verskuif die fokus in die volgende hoofstuk na teoretiese aspekte van boodskapkodering in gesondheidsopvoeding.

Bylae 6A

Draaiboek vir "WINNER" TV flits in Australië

VIDEO

1 Close-up of young man, looking lonely. Drags on cigarette.

2. Camera draws back to show party scene. Happy women in foreground, lonely women in background.

3. Young man takes another drag. Glances about, looks "left out".

4. Stubs out cigarette, stands up. Young women turn to face him - acceptance body language (gestures).

5. Successive scenes follow: Young man passes rugby ball; Surf skis; Older man bowling; Family scenes - Mother kisses child; father hand-in-hand with kids.

6. Return to young man jogging through hills and pastures. Runs into close-up.

7. Text scroll: "Quit for Life" across screen.

AUDIO (Words sung in plaintive ballad style).

*Only a smoker knows the feeling;
Only a smoker knows the score;
How you've given up on giving up
A dozen times or more.*

*How you couldn't help but notice
All those girls and blokes
Who'd somehow kicked the habit
An' weren't dying for a smoke.*

*Feelin' kind of lonely
Feelin' kind of tense.*

*Till you MADE A STAND
MADE A STAND (emphasis)*

Chorus:
*And GOT DOWN off the fence
(change of beat).
You're a born non-smoker.
We knew you had it in you;
We knew you could do it
We knew you were a WINNER !*

Repeat chorus with more throat.

Fade chorus.

(Chapman & Egger, in Davis & Walton 1984:180).

Hoofstuk 7

'N TEORETIESE VERWYSINGSRAAMWERK VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING

7.1	INLEIDING	180
7.2	DIE UITDAGING TOT TOEPASLIKE BOODSKAPONTWERP	180
7.3	FUNKSIONALITEIT AS UITGANGSPUNT IN BOODSKAPONTWERP	182
7.4	DIE SPEKTRUM VAN BEELDKOMMUNIKASIEVORME	185
7.5	DIE SAMEHANG TUSSEN VISUELE EN VERBALE KODES	186
7.6	RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING	188
7.6.1	Algemene koderingsriglyne vir media in onderrig	188
7.6.2	Riglyne vir toepaslike mediese illustrasies	188
7.6.3	Riglyne vir toepaslike kliniese fotografie	189
7.6.4	Riglyne vir toepaslike oudiovisuele boodskappe in ontwikkkelende gemeenskappe	189
7.6.5	Riglyne vir toepaslike illustrasies in ontwikkelende gemeenskappe	193
7.6.6	Riglyne vir toepaslike teks in gesondheidsopvoeding	197
7.6.7	Enkele ondersteunende navorsingsresultate	202
7.7	SAMEVATTING	204

Hoofstuk 7

'N TEORETIESE VERWYSINGSRAAMWERK VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING

7.1 INLEIDING

'n Belangrike dimensie van boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap is die tegniese kodering van boodskappe wat deur media oorgedra word. Die vorige hoofstuk het verskillende boodskapaspekte van gesondheidskommunikasie bespreek. Daar is onder andere aandag gegee aan verskillende benaderings tot boodskapformulering, sosio-kulturele aspekte van gesondheidsboodskappe en die rol van mediageletterdheid. Na aanleiding van navorsing in Suid-Afrika kom Van Aswegen (1986:63) tot die gevolgtrekking dat boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding van hoë kwaliteit moet getuig, want "...plakkate (kan) met welslae aangewend word indien dit van 'n hoë kwaliteit getuig en aan die nodige vereistes voldoen". Daaruit kan afgelei word dat die tegniese ontwerp en inkleding van 'n boodskap in hierdie besondere situasie deurslaggewend vir doeltreffende kommunikasie, en uiteindelik gesondheidsopvoeding, kan wees.

In die lig hiervan fokus hierdie betrokke hoofstuk op 'n teoretiese agtergrond vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding. Die teoretiese verkenning dien as aanloop vir en agtergrond tot 'n empiriese ondersoek wat in die volgende hoofstuk volg. Die aandag word tot sekere aspekte van boodskapkodering beperk, naamlik 'n algemene uitgangspunt, die spektrum koderingsvorme in beeldkommunikasie, koderingsriglyne vir enkele media, asook ondersteunende navorsingsresultate. Die data wat aangebied word, is geensins 'n volledige opgawe nie, maar bied 'n voldoende verwysingsraamwerk met die oog op die empiriese ondersoek.

7.2 DIE UITDAGING TOT TOEPASLIKE BOODSKAPONTWERP

Toepaslike boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding stel besondere uitdagings. Die tradisionele tekortkominge in verband met programmatuurontwerp vir gesondheidsopvoeding, asook die gebrek aan sosio-kulturele kontekstualisering van mediaboodskappe wat die impak van gesondheidsopvoedingprogramme beperk, is tevore beklemtoon (vide, h1:10). Dié knelpunte moet teen die agtergrond van uitsprake in die verlede oor die swak gehalte van programmatuurontwerp vir onderrig in die gesondheidswetenskappe beskou word. Simmons (1975:29) se volgende opmerking is waarskynlik steeds in 'n mindere of meerdere mate in ontwikkelende lande geldig: "One of the most distressing factors about the instructional materials generated within education today is the flagrant inferiority of their visual design to that of commercial and formal art. Few designers within the world of education seem to adapt the wealth of hard-earned experience available from commercial graphics men, artists, writers

and advertisers. Yet these men are expert message designers, their whole purpose being the integration of subject-matter with visual format so as to achieve instructional objectives".

Die ontwerp van toepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding is oënskynlik nie 'n maklike taak nie, omdat uiteenlopende faktore soos mediageletterdheid en kultuurgebruik in ag geneem moet word en boodskappe aan die eise van relevansie, objektiwiteit en nie-sensasionele inkleding moet voldoen, maar terselfdertyd die kykers of lesers se aandag moet boei om inligting duidelik oor te dra. Charlton (1986:333) stel dit dat die primêre doel van gesondheidsboodskappe, "...is to influence attitudes and behaviour and not merely to present information". Vir Webb (1994:203) is die eerste vereiste in boodskapontwerp is om te verseker dat die medium tot die kwaliteit van kommunikasie in gesondheidsorg bydra.

Simmons (1975:29) het in die sewentigerjare die stand van boodskapontwerp in mediese onderwys as die "verlore seun" beskryf, omdat dikwels aanvaar word dat enige inligting wat deur middel van media aan leerders voorsien word, sondermeer betekenisvol is. Verskeie ondersoeke het egter die teendeel getoon. Laidlaw en Harding (1987:201) se navorsing toon dat die teksuitleg en tipografie in gedrukte pamflette vir gesondheidsvoorligting oor hartsiektes nie begrip van risikofaktore by pasiënte verbeter het nie, en gevolglik kom hulle tot die gevolgtrekking dat media-boodskappe vir gesondheidsopvoeding die doel kan mis. In dieselfde trant kom Baggaley (1989), na ontleding van meer as twintig verskillende televisieflitse vir VIGS-opvoeding in verskeie wêrelddele, tot die gevolgtrekking dat boodskappe in die vorm van dramatiese visuele effekte meestal voorrang bo aanbiedings met 'n sterk opvoedkundige aanslag geniet het, en rapporteer dat, "...the PSAs (public service announcements) which had gained the widest public exposure were those which our viewers judged to have the least educational potential, being cautious and vague" (Baggaley 1989:106). Ter verdere aanduiding dat boodskapontwerp met die oog op verbetering van kommunikasie in gesondheidsorg nie 'n eenvoudige taak is nie, het Ley (1988:172-174) die volgende insiggewende bevindinge gemaak, naamlik dat:

- * geskrewe inligting pasiënte se kennis oor mediese onderwerpe verhoog, maar teks dikwels nie gelees word nie en dikwels onverstaanbaar is;
- * die stel van geïsoleerde feite aan pasiënte kommunikasie bemoeilik en inligting dus op so'n wyse oorgedra moet word dat pasiënte dit duidelik begryp en onthou; en
- * pasiënte inligting wat na hulle eie oordeel "belangrik" is meer geredelik herroep, terwyl inligting wat aan die begin van 'n konsultasie meegedeel is die maklikste herroep word.

Verder kan dit nie sonder meer aanvaar word dat inligting wat binne 'n tradisionele opvoedkundige benadering verpak is, deur die breë gemeenskap onvoorwaardelik as gebruikersvriendelik en kultureel toepaslik ervaar sal word nie. Amner (1996:5) maak

juis die opmerking dat programme vir opvoedkundige gemeenskapsradio in Afrika-konteks as't ware verafrikaniseer moet word en boodskappe die gehoor se betrokkenheid moet stimuleer: "While many programmes like 'African Rhythm' are educational we don't bill them as educational programmes, because that tends to switch people off". Vir Marsh (1993) stel boodskapontwerp wat die behoeftes en omstandighede van beide die geletterdes en ongeletterdes in die hedendaagse multikulturele samelewing akkommodeer, besondere uitdagings, waaroor nog nie klinkklare antwoorde gevind is nie. Hy lewer hieroor soos volg kommentaar: "Perhaps the (communication) symbol of the information age will be an employment application blank with pictographic translations for the print-illiterate and multi-lingual translations for our cultural subjects" (Marsh 1993:xiv). Dit is dus noodsaaklik dat verskillende aspekte van boodskapontwerp in kommunikasie nie 'n laer prioriteit as tegnologiese fasette in medianavorsing verkry nie.

7.3 FUNKSIONALITEIT AS UITGANGSPUNT IN BOODSKAPONTWERP

Die uitgangspunt in hierdie ondersoek is dat toepaslike (funksionele) boodskappe onderskeibaar is van ontoepaslike (nie-funksionele) boodskappe. Funksionaliteit is 'n universele riglyn en voorvereiste vir hedendaagse produkontwerp in die verskillende dissiplines van toegepaste ontwerp soos grafiese ontwerp, argitektuur en die reklamewese (Gillet 1973:56). Die belangrikheid van funksionele oudiovisuele boodskapkodering vir mediese onderwys en gesondheidsopvoeding is sedert die sewentigerjare herhaaldelik beklemtoon (Simmons 1975:126-127; Garrick 1978:161-173; Clark 1982:56-57; Swinscow 1983:105-106; Charlton 1986: 333-342; Folmer *et al.* 1992). Ter ondersteuning van dié uitgangspunt stel Davies (1981:194) die volgende standpunt: "Many so-called visual aids are not visual at all. They are only visible ones". Daarom geld Docherty (1983:137) se gevolgtrekking, naamlik dat doeltreffende kommunikasie in gesondheidsopvoeding veel meer as eenvoudige prentjies ("pretty pictures") behels, steeds.

Een van die tradisionele strydpunte sentreer om die vraag of tegniese vormgewing ondergeskik aan didaktiese beginsels in programmatuurontwerp vir opvoedkundige doeleindes behoort te wees. Uit die literatuur tree dit duidelik na vore dat media-bodskappe binne hierdie konteks eerstens duidelike opvoedkundige waarde moet hê. Garrick (1978:173) beklemtoon byvoorbeeld dat mediese illustrasies wat nie eerstens 'n duidelike opvoedkundige doel dien nie, waarskynlik ontoepaslik gebruik word, terwyl Lowe (1993:134) geen onduidelike riglyn in dié verband stel nie: "As with any other tool, to be effective a diagram must be well suited to its purpose, soundly constructed and appropriate for its intended users".

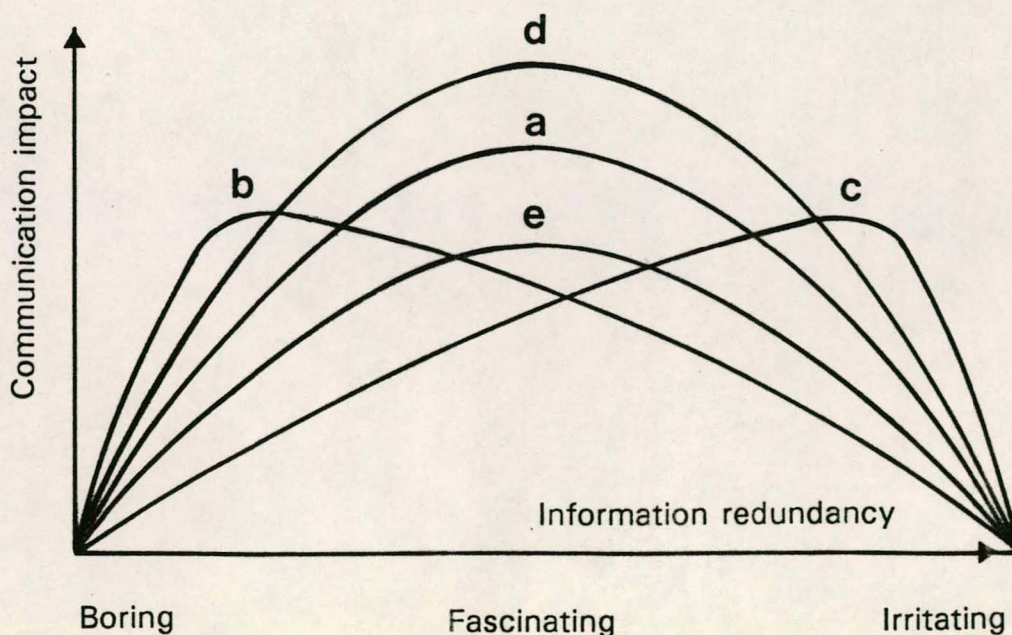
Desnieteenstaande behoort die tegniese-estetiese en kreatiewe aspekte van boodskapkodering nie sonder meer geïgnoreer te word nie. Die primêre funksie van beeldkommunikasie is immers om visuele tekens te skep wat die kyker se aandag opeis

(vide, h6:138). Hierdie standpunt word deur verskeie skrywers (Marks 1983:232; Chadwick 1990:51-59; Pettersson 1993:239; Lowe 1993:47; Park 1994:21-25) onderskryf. Green en Lascaris (1990:182) verwys in dié verband na die sogenaamde WOW!-faktor en verduidelik die noodsaaklikheid van dinamiese boodskapontwerp: "When that all comes together we will have achieved the ultimate. The WOW Factor will be working for us. That's the feeling the audience gets when the message has power, meaning, long-term significance *and* is highly creative in its execution". Kreatiwiteit gee dikwels die deurslag tydens vernuwende mediagebruik in onderrig (Roos 1994:216-220; Dick 1995:5-11), terwyl stimulerende mediagebruik in gesondheidsopvoeding ook van kreatiwiteit afhanklik is (Laidlaw & Harden 1987:201; Le Roux 1989:24; Jepson 1990:39-40; Carey 1991:78; Morisky 1995).

Die noodsaaklikheid om noukeurige aandag aan tegniese aspekte van boodskap-kodering te gee, tree na vore in Pettersson (1993:162) se *Inligting-Kommunikasie*-model (figuur 7.1) vir evaluering van doeltreffende visuele ontwerp. Hierdie model is gebaseer op die uitgangspunt dat die ervaring en vertolking van visuele boodskappe (op grond van subjektiewe persepsie) relatief positief of negatief kan wees, soos aangetoon deur die volgende kwalitatiewe moontlikhede: "eentonig", "neutraal", "harmonieus", "stimulerend", "opwindend" en "irriterend". Die hoeveelheid inligting wat 'n visuele voorstelling telkens bevat, affekteer nie net die belangstelling- en konsentrasievlak van die aanskouer nie (b,c), maar uiteindelik ook die kommunikatiewe impak van die boodskap (d,e). Die simbool a in die diagram toon die neutrale posisie aan.

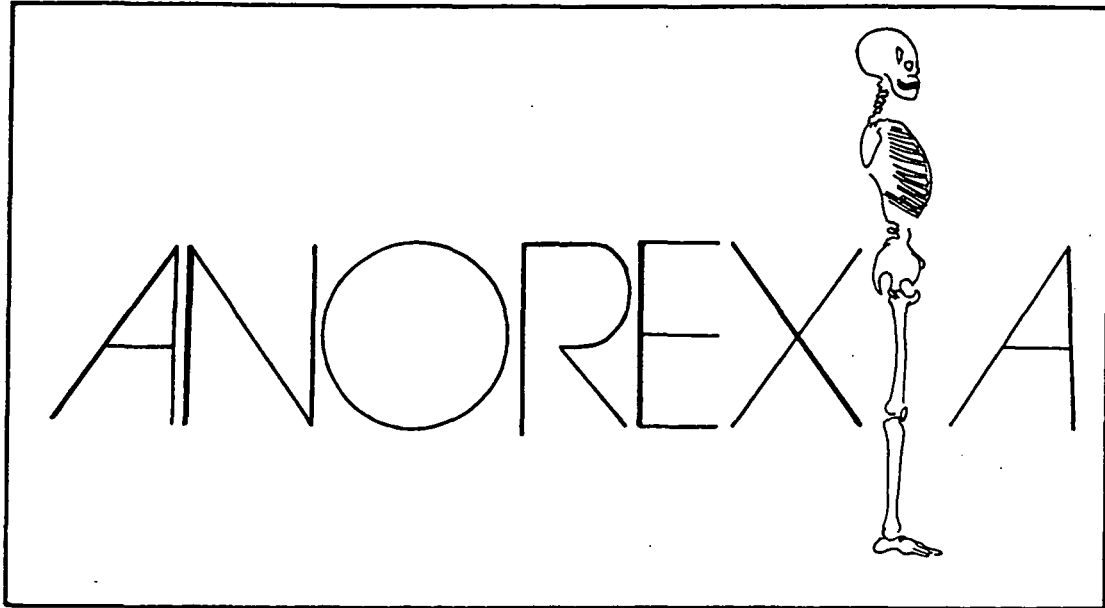
Figuur 7.1 Verskillende vorme van kommunikasie-inligtingimpak

(Pettersson 1993:162)



Figuur 7.2 illustreer verder hoe kreatiwiteit kan bydra om die visuele impak van 'n boodskap soos die moontlike dodelike gevolge van anorexia nervosa te verhoog (Jepson 1990:40). In dié verband is tevore na ander voorbeelde van kreatiwiteit in plakkaatontwerp vir gesondheidsopvoeding verwys (vide, figuur 5.13 p.113).

Figuur 7.2 Kreatiewe ontwerp om boodskap oor gevare van anorexia te verhoog (Jepson 1990:40)



Daar bestaan voldoende motivering om opvoedkundige en tegniese-kreatiewe aspekte in boodskapkodering te versoen, omdat die eindproduk die sterkpunte van albei benaderings inkorporeer. Quilliam (1975:127) identifiseer waarskynlik die ideale formule vir toepaslike boodskapkodering, met die opmerking dat die inhoudelike essensie duidelik en ondubbelsinnig maar ook kreatief oorgedra moet word, want "...perhaps the most important task of the illustrator is to use techniques of art to present selected reality and theory but to emphasise detail and channelise visual impact that the implicit scientific message is clear and unequivocal". Uiteindelik is 'n (realistiese) balans tussen didaktiese en tegniese-kreatiewe oorwegings die ideaal. Vir Marsh (1983:xxvii) lei die klem op tegniese en artistieke aspekte tot stimulerende boodskappe en verfyning van tegniese kwaliteit, terwyl die gebruikswaarde van 'n boodskap verhoog word deur die toepassing van bekende didaktiese riglyne soos doelstelling, motivering en beleving.

7.4 DIE SPEKTRUM VAN BEELDKOMMUNIKASIEVORME

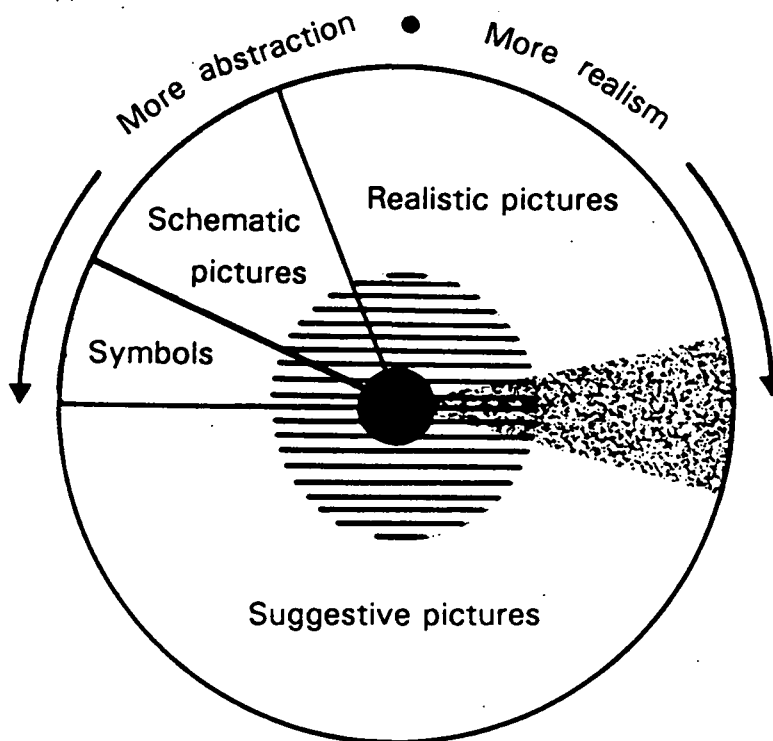
verskillende visuele kommunikasiekodes word die meeste in hedendaagse inligtingoortrag benut. Dit is ook bekend dat visuele stimuli die grootste hoeveelheid inligting (ongeveer tagtig persent) tydens die leerproses voorsien (Conradie 1977:121). Derhalwe word 'n bondige perspektief oor die spektrum van moontlike beeldkommunikasievorme gestel.

In die literatuur bestaan daar verskillende teorieë op grond waarvan verskillende vorme van beeldkommunikasie onderskei kan word. Onderliggend aan al die moontlike benaderings is die realismeteorie, wat gebaseer is op die aanname dat leersukses beïnvloed word deur die relatiewe hoeveelheid konkrete of abstrakte leerstimuli waaraan die leerder blootgestel word (Dwyer 1976:7-8; Pettersson 1993:226-227). Beeldabstraksie is gevolglik 'n belangrike aspek van beeldkommunikasie in gesondheidsopvoeding, wat ook in Suid-Afrika in die proses van boodskapontwerp toegepas word (vide, figuur 6.10 en 6.11, p.163). Tegnies gesproke kom beeldabstraksie neer op die seleksie, vereenvoudiging en beklemtoning van essensiële aspekte ten koste van oortollige besonderhede in 'n visuele voorstelling (Goldsmith 1984:19-23). Sodoende is dit moontlik om vereenvoudigde diagrammatiese voorstellings van werklike voorwerpe te skep ten einde leer te vergemaklik aangesien die visuele boodskap minder besonderhede bevat.

Volgens Greene en Lascaris (1990) se ervaring rondom beeldkommunikasie in die Suid-Afrikaanse advertensiewese, is die realismeteorie besonder relevant vir ontwikkelende lande weens die variërende vlakke van (visuele) geletterdheid. Aan die een kant geld die standpunt dat meer besonderhede die inhoudelike betekenis van 'n boodskap kan verhoog en die gehoor tot hoër denkkragte kan stimuleer. Daarenteen kan oormatige detail in visuele voorstellings sinvolle kommunikasie beperk (Greene & Lascaris 1990:106-166).

Uiteraard is verskillende vorme van beeldabstraksie moontlik, afhangende van die hoeveelheid visuele besonderhede wat telkens ingesluit word. Die realismeteorie lei gevolglik tot die onderskeid tussen en klassifikasie van verskillende beeldkommunikasievorme. Pettersson (1993:204) onderskei byvoorbeeld tussen vier basiese kategorieë, naamlik: realistiese voorstellings, visuele illusies, skematiese grafiese voorstellings en grafiese simbole (figuur 7.3, p.186). Die absolute grens tussen realistiese en illusiebeelde is vaag weens 'n mate van oorvleueling. Die betrokke model onderskei ook tussen drie primêre metodes van tegniese vormgewing in visuele kommunikasie, naamlik:

- * onbeplande spontane beeldgenerering (aangetoon deur die swart sirkel);
- * beeldgenerering sonder die benutting van tegnologie (sirkelvormige gearseerde area); en
- * beeldgenerering waarin tegnologie 'n sleutelrol vervul (wit sirkel).

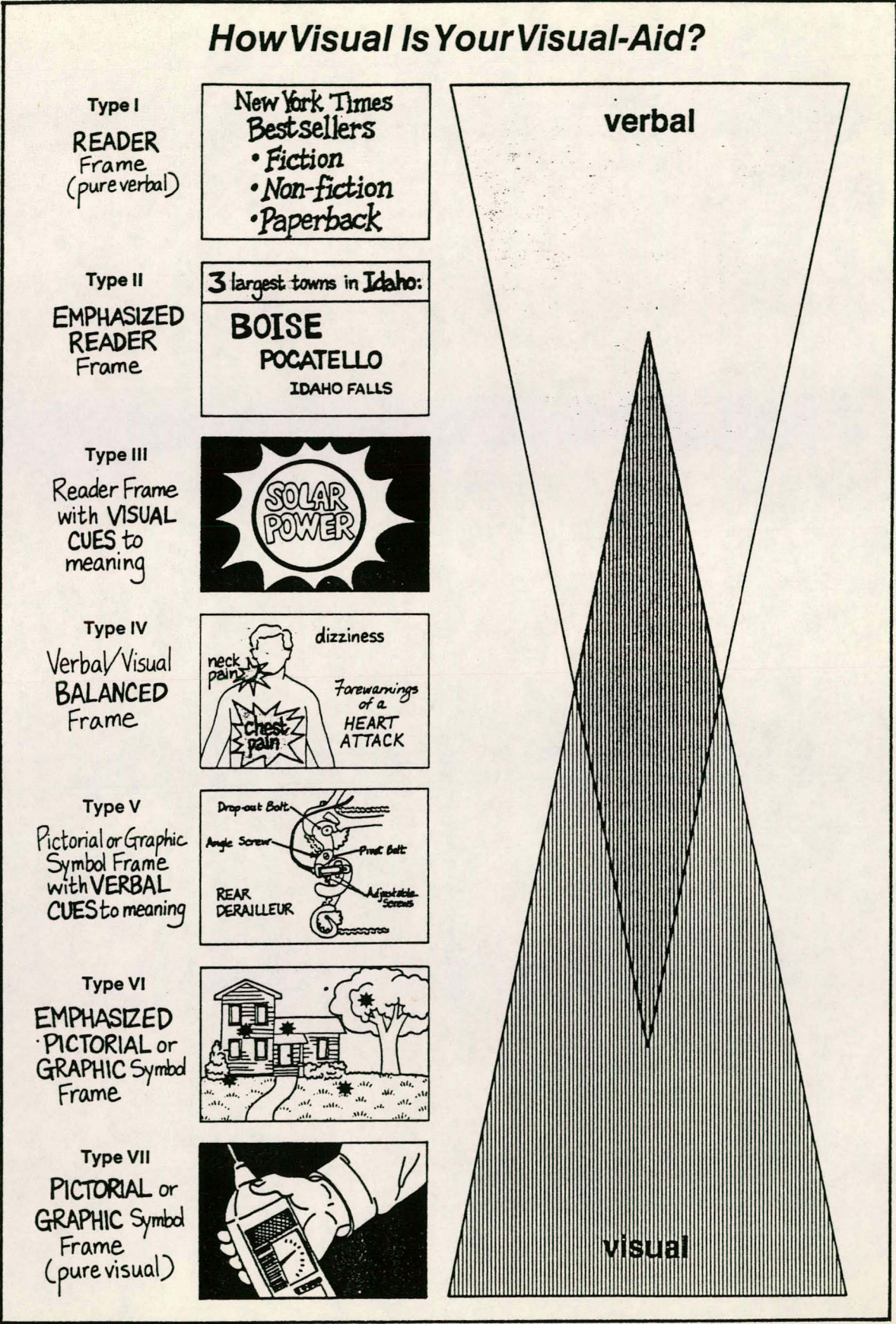
Figuur 7.3 Die spektrum visuele kommunikasievorme (Pettersson 1993:204)

Verdere nuanserings is in elk van die vier basiese beeldkategorieë moontlik. Tien kategorieë skematiese beelde wat onder andere veertien vorme van grafieke, sewe-en-twintig vorme van diagrammatiese voorstellings en tien vorme van illustrasies insluit, kan byvoorbeeld onderskei word (Pettersson 1993:207-215).

7.5 DIE SAMEHANG TUSSEN VISUELE EN VERBALE KODES

Die kommunikasiekunde onderskei tussen die drie primêre kommunikasiekodes, naamlik: verbale kodes, visuele (nie-verbale) kodes en ouditiewe (vokale) kodes (Pettersson 1993:45-47). In die praktyk word dié drie basiese koderingsvorme selde afsonderlik in boodskapkodering gebruik, omdat die kombinerings van verskillende kodes die sterkpunte van elk kan saamvoeg met die oog op groter impak. Terselfdertyd kan boodskapoordrag deur middel van verskillende komplementerende kodes ook verbeter. Dit sou dus moontlik wees om byvoorbeeld teks (verbale kodes) met verskillende vorme van visuele kodes te kombineer (vide, figuur 5.2, p.104). Uiteraard is daar 'n wye spektrum variasies. Wileman (1993:19) onderskei tussen sewe oudiovisuele kommunikasiekategorieë op grond van die relatiewe hoeveelheid visuele of geskrewe kodes wat in elke spesifieke geval gebruik word. Aan die een kant van die spektrum is 'n beeld met uitsluitlik verbale inligting, terwyl 'n beeld met uitsluitlik visuele kodes (fotografies of grafies) aan die ander kant van die spektrum lê. Tussen dié twee pole lê vyf moontlikhede wat beide verbale en visuele kodes in verskillende verhoudings inkorporeer, soos in figuur 7.4 (p.187) geïllustreer.

Figuur 7.4 Die samehang tussen verbale en visuele kodes
(Wileman 1993: 19).



7.6 RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING

Binne bestek van hierdie ondersoek is dit onmoontlik om die koderingsvereistes vir alle media (byvoorbeeld grafika, pamflette, fotografie, video en rekenaarprogrammatuur) volledig te bespreek. Gevolglik word slegs gefokus op enkele laetegnologiemedie wat dikwels vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande benut word. Hierbenewens word enkele riglyne ten opsigte van mediese illustrasies en kliniese fotografie ingesluit, omdat hierdie betrokke media ook in gesondheidsopvoeding ter sprake kom.

7.6.1 Algemene koderingsriglyne vir media in onderrig

'n Sinvolle vertrekpunt in die identifisering van riglyne vir boodskapkodering in gesondheidsopvoeding is om algemene rigtingwysers te formuleer. Sodanige algemene riglyne sou kon bydra om die teoretiese basis vir toepaslike boodskapkodering te verbreed. Een van die belangrikste algemene riglyne is waarskynlik die bekende beginsel van eenvoud (soos beklemtoon in die sogenaamde KISS-formule, naamlik *Keep it Simple and Straightforward*). Die belangrikheid van eenvoudige verstaanbare boodskappe word ingesluit in Davies (1981:194) se vier basiese vereistes waaraan audiovisuele materiaal in die onderwys behoort te voldoen, want:

- * dit moet geskik en relevant vir 'n bepaalde taak wees;
- * dit moet essensieel en nodig (behoefte-gedrewe) wees;
- * dit moet stimulerend wees; en
- * dit moet ekonomies in terme van tydsbesparing en vereiste vaardighede wat nodig is vir produksie van media wees.

Binne konteks van mediagebruik in gesondheidsopvoeding noem skrywers soos Garrick (1978:172), Aswegen (1986:63) en Roux 1995:365-366) spesifiek die belangrikheid van eenvoud in visuele kommunikasie en die aanbieding van gedrukte teks. Vir Folmer *et al.* (1992:44) staan drie fundamentele vereistes in gedrukte programmatuur vir gesondheidsopvoeding voorop, naamlik: eenvoud, realisme en die teikengroep se bekendheid met konvensies van beeldkommunikasie. Ter verdere voorbeeld rapporteer Baggaley (1988:7) soos volg oor kykers se reaksie op televisieflitse vir VIGS-opvoeding in verskillende lande: "The announcements perceived as the most educationally effective were those which presented hard facts in a simple and straightforward manner. Complex techniques drew negative responses". Soos reeds aangetoon in 'n vorige paragraaf, is die eenvoud van boodskappe 'n belangrike vereistes vir doeltreffende kommunikasie met ongeletterdes.

7.6.2 Riglyne vir toepaslike mediese illustrasies

Pogings om koderingsriglyne vir doeltreffende mediese illustrasies te formuleer, het 'n lang geskiedenis. Een van die historiese mylpale was Orderindi (1975:20-26) se by-

drae gedurende die sewentigerjare. Daarvolgens moet illustrasies vir onderrig oor mediese onderwerpe onder andere:

- * aansluit by onderrigdoelwitte;
- * gerig wees op leerbehoefte van 'n spesifieke teikengehoor;
- * die kerngedagte oombliklik oordra;
- * die gehoor stimuleer om meer oor die betrokke onderwerp te wete te kom;
- * die werklikheid op eerlike ondubbelsinnige wyse aanbied;
- * aansluit by die teikengehoor se ervaringswêreld;
- * werklike voorwerpe lewensgetrou en met realistiese kleurgebruik weergee; en
- * reaksie by die kyker ontlok met die oog op houdingverandering.

Verdere bydraes in die verband het later gevolg, onder andere deur Garrick (1978), Carey (1978), Charlton (1986), Laidlaw en Harden (1987) asook McLeod (1991). Alhoewel hierdie bydraes hoofsaaklik op die behoeftes van mediese onderwys gerig is, is die breë riglyne oor aspekte soos kleurgebruik en hantering van verskillende diagrammatiese voorstellings om leer te verbeter inderdaad ook in gesondheidsopvoeding van toepassing.

7.6.3 Riglyne vir toepaslike kliniese fotografie

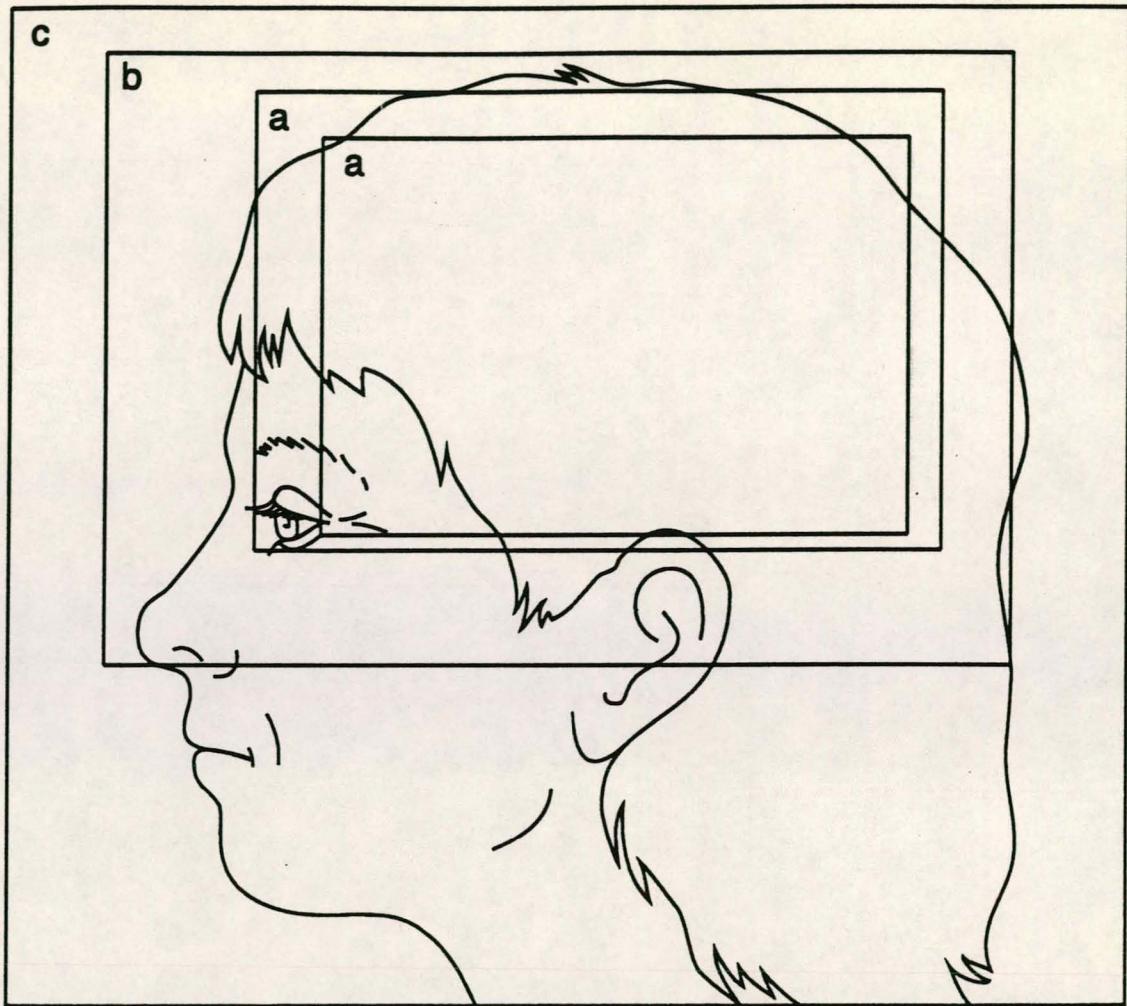
Alhoewel algemeen geldige fotografietegnieke soos komposisie ook in die mediese konteks van toepassing is, stel fotografie in die mediese omgewing eiesoortige eise, byvoorbeeld in die fotografie van teaterprosedures, anatomiese monsters en kliniese apparaat, in fotografiese opnames vir oogheelkundige en dermatologiese diagnose, asook in pre-operatiewe en post-operatiewe opnames van pasiënte wat rekonstruktiewe chirurgie ondergaan. Oor die algemeen moet kliniese fotografie:

- * realiteite akkuraat en lewensgetrou weergee;
- * herhaalbaar wees met die oog op pre- en post-operatiewe diagnoses;
- * voldoen aan aanvaarbare tegnieke van kliniese data-aanbieding; en
- * verkry word met die minste ongerief asook goedkeuring van die pasiënt (Burgess & Clayton 1980:136-137).

Ter voorbeeld van die gespesialiseerde aard van kliniese fotografie toon figuur 7.5 (p.190) die laterale aansig van aanvaarbare kliniese opnames (a) teenoor onaanvaarbare opnames wat die identifikasie van 'n spesifieke pasiënt moontlik maak (b,c). Hieruit kan afgelei word dat kliniese fotografie aan bepaalde etiese voorskrifte moet voldoen, byvoorbeeld dat die pasiënt se identiteit te alle tye as vertroulike inligting hanteer word.

7.6.4 Riglyne vir toepaslike audiovisuele boodskappe in ontwikkelende gemeenskappe

Die literatuur bied 'n duidelike beeld van tegniese vereistes vir toepaslike audiovisuele boodskappe in ontwikkelende lande. Binne konteks van die eiesoortige behoeftes en

Figuur 7.5 Riglyne vir kliniese fotografie (Gilson 1994:225)

omstandighede van massakommunikasie in ontwikkelende lande stel Green en Lascaris (1990:85-176) 'n aantal algemene riglyne:

- * Kommunikasie wat die behoefte aan basiese lewensmiddele en interkulturele harmonie beklemtoon, is van 'n ontvanklike gehoor verseker.
- * Eenvoudige ongekompliseerde taal en maklik verstaanbare inhoudelike konsepte is die basiese boustene van doeltreffende kommunikasie in ontwikkelende lande. Eenvoud impliseer egter nie gebrek aan kreatiewe denke en onvolledige inligting nie.
- * 'n Duidelike opvoedkundige benadering is dikwels meer toepaslik as vermaak en die bemarkingsaanslag in advertensies ("advertainment"), alhoewel die meeste mediagehore 'n boodskap wat hulle geniet en emosionele elemente asook humor bevat, verkies.
- * Sosiale rolmodelle in oudiovisuele kommunikasie kan die geloofwaardigheid van boodskappe verhoog.
- * Sport en musiek is 'n universele taal wat oor kultuurgrense strek. Daarby kan boodskappe wat humor bevat in sekere situasies meer trefkrag as feitlike in-

ligting volgens 'n rasonale benadering hê. Volgens hierdie skrywers het die musiekervaring van swart Suid-Afrikaanse gemeenskappe 'n unieke karakter wat in oudiovisuele kommunikasie vir die betrokke groepe benut moet word: "You can see people walking down a street singing and playing guitar in any country in the world.... But only in South Africa will you see it happening in a township street for the sheer joy of the music" (Green & Lascaris 1990:141).

Met die fokus op spesifieke mediaformate stel Hubley (1994:59) en Rappaport (1986:61-65) die volgende riglyne vir visuele boodskappe aan teikengehoore in ontwikkelende lande.

- * Verskaf akkurate besonderhede van bekende voorwerpe.
- * Vermyn onnodige besonderhede wat die aandag op kernaspekte kan versteur.
- * Gebruik lewensgetroue kleure van voorwerpe.
- * Vermyn wanvoorstelling van bekende voorwerpe of situasies.
- * Vertoon voorwerpe volledig, in plaas van slegs sekere dele.
- * Vertoon voorwerpe uit bekende sigshoeke in plaas van onbekende deursnitte, byvoorbeeld in illustrasies.
- * Vermyn gebruik van liniêre perspektief.
- * Gebruik visuele simbole waarmee die teikengehoor bekend is.

Aansluitend hierby noem Laver (1994:39-41) ook riglyne vir die kodering van visuele materiaal om groepsbespreking onder ongeletterdes tydens gesondheidsopvoeding te stimuleer.

- * Die tema moet op werklike lewensituasies en die teikengroep se eie ervaring gebaseer wees.
- * Vertoon slegs een begrip of situasie in elke voorstelling.
- * Vermyn steurende en verwarrende kleur gebruik of besonderhede.
- * Vermyn geskrewe teks as byskrifte. Dra addisionele inligting verbaal oor.
- * Gebruik 'n formaat wat maklik sigbaar is.

In twee ondersoeke wat spesifiek op oudiovisuele gesondheidskommunikasie in Suid-Afrika gefokus het, maak Van Aswegen (1986:63-65) asook Van Aswegen en Steyn (1987:76-80) verdere aanbevelings.

- * Dit is uiters belangrik dat die boodskap van 'n plakkaat met die eerste oogopslag ondubbelsinnig duidelik moet wees. Abstrakte beelde moet omsigtig gebruik word.
- * Hoewel 'n rasonale benadering baie geslaagd kan wees, kom dit voor asof 'n plakkaat met 'n subtiel emosionele aanslag met die eerste blootstelling sterker spreek.
- * 'n Goed beplande komposisie van verskillende beeldelemente, 'n dinamiese fokuspunt en effektiewe kleur gebruik is belangrike koderingsaspekte waarmee rekening gehou moet word.

- * In boodskapontwerp moet die verstaanbaarheid van 'n boodskap nie net oorweging geniet nie, maar ook met die mate waartoe dit mense sal motiveer om tot aksie oor te gaan.
- * Ten opsigte van estetika is dit belangrik om vas te stel wat die teikengroep se definiëring van "mooi" en "lelik" is.

Na aanleiding van ervaring rondom die produksie van videoprogramme vir gesondheidsopvoeding by die Baragwanath Hospitaal in Soweto het Robson (1989:67) ook sekere waardevolle riglyne vir boodskapontwerp geformuleer:

- * Beperk elke program tot tien duidelike inhoudelike aspekte.
- * Boodskapoordrag deur middel van verskillende beeldkodes moet in alle programme beklemtoon word.
- * Video-opnames moet telkens in die mees relevante omgewing waarmee die gehoor kan identifiseer, gedoen word ("shot on location").
- * Die inhoud moet verkieslik in verhalende ("story telling") formaat aangebied word, met die storieverteller as hoofkarakter in die verhaal.
- * Alle videoprogramme word in vier plaaslike tale vertaal, naamlik Zoeloe, Sotho, Engels en Afrikaans.

Die noodsaaklikheid van mediakontekstualisering en boodskapakkulturasie (vide, h6:177) is 'n belangrike koderingsriglyn wat uit bogenoemde voorbeelde afgelei kan word. Daarom word die strategie wat Bhopal en Donaldson (1988:139) as "aanneem en modifiseer" ("adopt and adapt") beskryf, algemeen nagevolg om gesondheidsboodskappe soos illustrasies vir spesifieke teikengroepe en gemeenskappe in ontwikkelende lande toepaslik te maak (Hurt 1981:24-26; Haffey & Jimerson 1985:3-4; Marshall & Richards 1989:27-30; Hugo 1994:169-173). In dié verband stel Ely (1989:29-33) sekere algemene riglyne om die toepaslikheid van oudiovisuele boodskappe vir ontwikkelende gemeenskappe te verhoog.

- * Voeg illustrasies en ander grafiese materiaal by.
- * Voeg meer verduidelikende voorbeelde by.
- * Gebruik ander (meer toepaslike) illustratiewe voorbeelde.
- * Herorganiseer die inhoud in klein eenhede.
- * Voeg 'n inleidende oriëntering by.
- * Voorsien meer tyd om die inhoud te bemeester.
- * Laat irrelevant inligting of aktiwiteite weg.
- * Vereenvoudig die moeilikheidsgraad van leeraktiwiteite.
- * Voorsien versterkende opvolgaktiwiteite.
- * Vermeerder leerderdeelname.

Dit moet beklemtoon word dat betekenisvolle media-akkulturasie nie net op teksvertaling neerkom nie, maar kulturele kontekstualisering op die langeduur belangriker as eersgenoemde kosmetiese poging tot groter relevansie is. Daarom stel Ely (1989:26) die vereiste duidelik: "For most materials, this cosmetic change is not enough. It often

neglects the cultural subtleties and deep-rooted value systems that are fundamental to education in any country". Bepalende faktore wat dus tydens die modifikasie van mediaboodskappe in ag geneem moet word, sluit kultuur-gebaseerde waardes, oortuigings en lewenstyl in (vide, h4:89-90).

7.6.5 Riglyne vir toepaslike illustrasies in ontwikkelende gemeenskappe

Die meeste beskikbare inligting oor toepaslike boodskapkodeering ten opsigte van die verskillende media in ontwikkelende lande handel oor onderrigillustrasies. Uit Colle en Glass (1986:159-162) se ontleding van 'n wye aantal navorsingresultate het spesifieke riglyne in verband met toepaslike onderrigillustrasies in ontwikkelende lande na vore getree.

- * Ongeletterde persone moet op die opvoedkundige gebruik van illustrasies en foto's voorberei word.
- * Illustrasies moet verkieslik 'n enkele boodskap oordra.
- * Die simboliese gebruik van visuele materiaal moet verduidelik word, omdat ongeletterdes illustrasies letterlik vertolk.
- * Illustrasies van werklike voorwerpe is meer effektief indien dit gebaseer is op voorwerpe uit die teikengroepe se eie (bekende) ervaringswêreld.
- * Onnodige besonderhede moet weggelaat word om verwarring te voorkom, veral oorbodige agtergrondbesonderhede in illustrasies.
- * Abstrakte konsepe soos "oorsaak en gevolg", asook 'n reeks beelde wat opeenvolgende gebeure uitbeeld, moet verduidelik word.
- * Ledemate van diere en persone moenie in isolasie vertoon word nie, maar as deel van die geheel.
- * Tegnieke soos liniêre perspektief moet vermy word.
- * Voorstellings van uitsluitlike negatiewe aspekte van 'n saak, byvoorbeeld menslike leiding weens ondervoeding, is weersinwekkend. Daarom moet die redes vir sodanige siektetoestande en oplossings daarvoor ook gegee word.

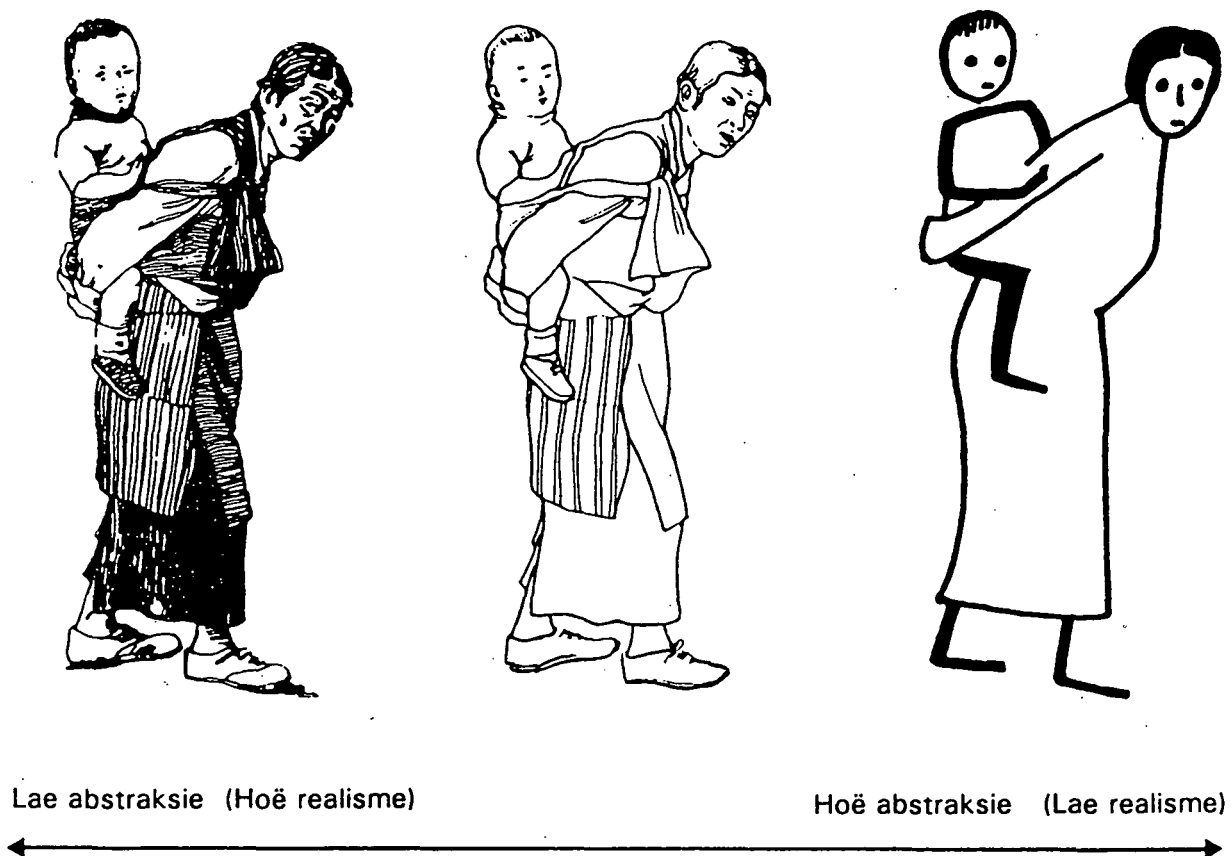
Na aanleiding van Pretorius (1983:84-85) se navorsing in Suid-Afrika kan verdere riglyne geformuleer word.

- * Strokiesprenttegniek kan gebruik word om komplekse boodskappe oor te dra, maar die konteks moet duidelik wees.
- * Mensfigure word makliker herken as diere en ander voorwerpe.
- * Sogenaamde "stokmannetjiefigure" of silhoeëtfigure word dikwels as onwerklik vertolk.

Daar is tevore gewys op die rol van mediageletterdheid in gesondheidskommunikasie (vide, h6:174). Dit moet benadruk word dat die vlak van mediageletterdheid 'n invloed op die korrekte vertolking van verskillende boodskappe in ontwikkelende gemeenskappe kan hê. Zeuschner (1992:393) stel dit juis dat, "...these barriers can actually reverse the meaning, or ignore the content of, an incoming message". Alhoewel diagrammatiese lyntekeninge tegnies gesproke as "eenvoudigde visuele voorstellings"

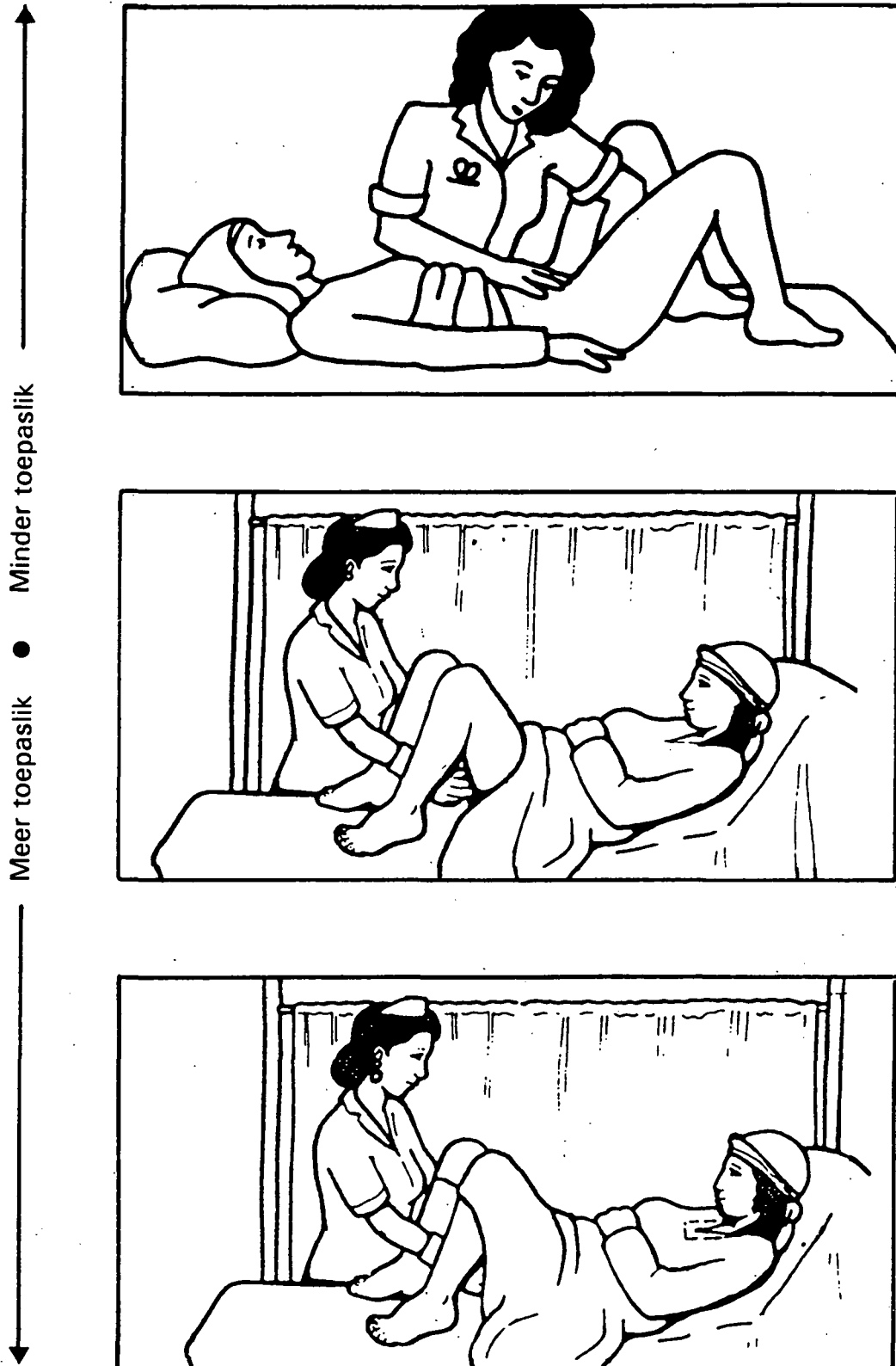
geklassifiseer word, vereis die korrekte vertolking van diagramme 'n gevorderde vorm van visuele geletterdheid. Daarenteen sou 'n realistiese kleurfoto van een of ander konkrete situasie oorbodige inligting kon bevat wat identifisering van die kernboodskap bemoeilik. Afhangende van die teikengehoor se vertrouwdheid met bepaalde simbolesisteme in verskillende media, asook die betekenis van elk, sou dit noodsaaklik wees om sommige besonderhede te beklemtoon of weg te laat, soos figuur 7.6 illustreer. Die diagrammatiese (minder realistiese) voorstelling (b) sou vir gehore met lae visuele geletterdheid minder verstaanbaar wees as die ander moontlikhede (b,c) wat meer beskrywende visuele detail bevat.

Figuur 7.6 Vorme van beeldabstraksie in grafiese voorstelling (Hubley 1994:57)



Die invloed van beeldabstraksie (die weglating van oorbodige besonderhede) op die verstaanbaarheid van boodskappe oor borsvoeding in Suid-Afrikaanse konteks is tevore ondersoek (Hugo & Skibbe 1991:47-50). Uit die betrokke ondersoek het dit geblyk dat vereenvoudigde diagrammatiese voorstellings, vanuit die oogpunt van kennisherroeping, meer effektief as gedetailleerde illustrasies en selfs kleurfoto's vir 'n semi-geletterde gehoor was - die gemiddelde onderwysvlak van die populasie was graad vyf. Enkele verdere voorbeelde word gegee om die belangrikheid van boodskapakkulturasie in toepaslike visuele voorstellings meer prakties toe te lig. Figuur 7.7 (p.195) illustreer hoe 'n grafiese voorstelling oor kontraseptiewe metodes

**Figuur 7.7 Wysigings om toepaslikheid van illustrasie vir
kontrasepsievoorligting aan Moslemvroue te verhoog**
(Goldsmith 1984:362)



aangepas is om die toepaslikheid daarvan vir 'n Moslemgemeenskap te verhoog. Die illustrasies toon duidelik dat die ontbloting van die vrou se bene (vir die betrokke gemeenskap) onaanvaarbaar is. Op dieselfde wyse toon figuur 7.8 dat 'n illustrasie wat deur kinders verkeerd vertolk is, aangepas moes word om misverstande uit die weg te ruim. In hierdie geval het die kinders afgelei dat die man met die kapmes die man wat die hout dra, aanval. In die gewysigde illustrasie is die man met die kapmes weggelaat. Sodoende is die misverstand uit die weg geruim.

Figuur 7.8 Wysigings om wanvoorstelling in onderrig-illustrasie uit te skakel
(Pareja 1985)



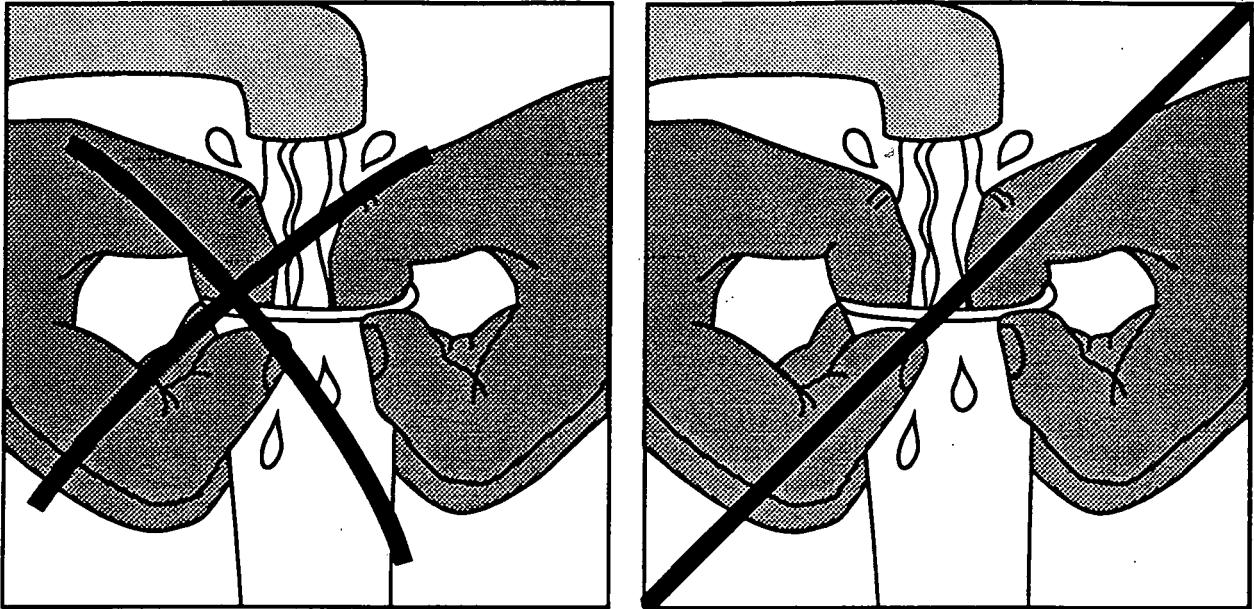
OORSPRONKLIKE ILLUSTRASIE



GEWYSIGDE ILLUSTRASIE

In die spektrum van grafiese kommunikasiekodes bestaan daar ook ander voorbeelde wat die belangrikheid van boodskapakkulturasie duidelik illustreer. 'n Spesifieke grafiese medium wat dikwels in ontwikkelende gemeenskappe tot misverstande aanleiding gee, is piktogramme en grafiese simbole, omdat geen verduidelikende teks saam met die visuele kodes gebruik word nie. Hieronder tel onder andere verskillende wiskundige simbole, asook die bekende "kruis" simbool waarmee die boodskap van "verkeerd" of "ontoelaatbaar" oorgedra word. Só moes die oorspronklike illustrasie om die begrip "moenie kondome hergebruik nie" aangepas word om wanbegrip in Egipte te oorbrug, soos figuur 7.9 (p.197) illustreer. Op dieselfde wyse is 'n verwarrende visuele simbool vir voorkomende VIGS-programme ('n "geel hand") in Suid-Afrika on-

Figuur 7.9 Wysiging om kulturele toepaslikheid van grafiese simbool te verhoog
(Goldsmith 1984:360)



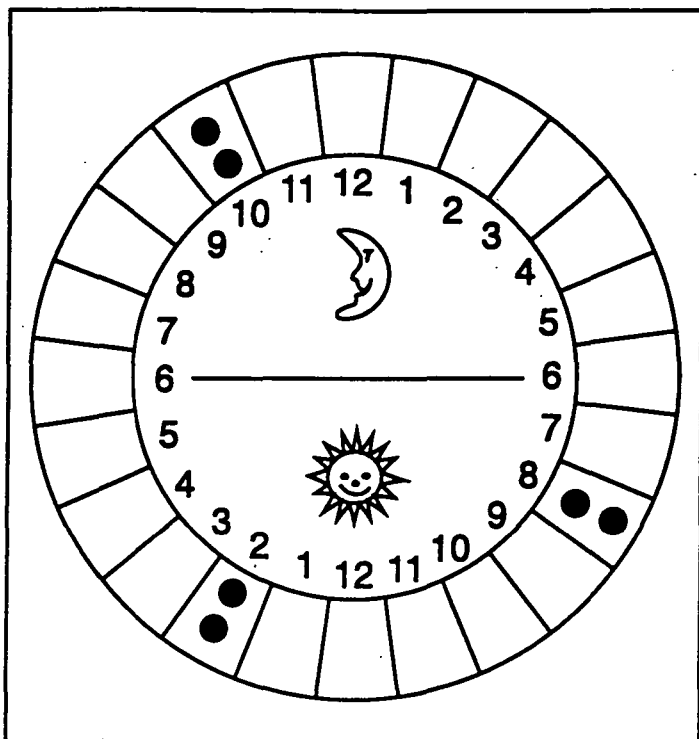
langs met die internasionaal bekende "rooi strik" simbool vervang. Die motivering vir hierdie wysiging is insiggewend, want die wanindruk is deur eersgenoemde piktogram geskep dat bevolkingsgroepe wat nie 'n geel vel het nie, teen VIGS immuun is (Cape Metro, 13 Aug 1994).

Eustace *et al.* (1982:301) toon dat dit wel moontlik is om betekenisvolle inligting deur middel van slegs grafiese simbole aan ongeletterdes oor te dra, soos die 'n medikasie-etiket vir ongeletterdes en swaksienende pasiënte in figuur 7.10 (p.198) illustreer. In die betrokke geval toon die kolletjies die spesifieke dae aan wanneer die pasiënt die mediaksie moet neem. Dieselfde beginsel is gevolg in 'n diagram om die verloop van swangerskap aan ongeletterde moeders te verduidelik (figuur 7.11, p.198). Die betrokke diagram is dus hoogs toepaslik vir moeders wat nie kan lees nie.

7.6.6 Riglyne vir toepaslike teks in gesondheidsopvoeding

Pamflette en plakkaat is belangrike media vir die oordrag van inligting in gesondheidsopvoeding, alhoewel dit nie toepaslik is vir gehore wat nie kan lees nie. Volgens Charlton (1986:333-342) en Meade *et al.* (1989:204-206) dui verskeie navorsingsresultate daarop dat die versterking van verbale advies en inligting deur middel van geskrewe teks soos eenvoudige pamflette nie net die doeltreffendheid van kommunikasie in gesondheidsorg verbeter nie, maar ook tot hoër kwaliteit self-medikasie en uiteindelik verhoging van pasiënte se gesondheidstatus kan lei. Daarenteen, sou 'n

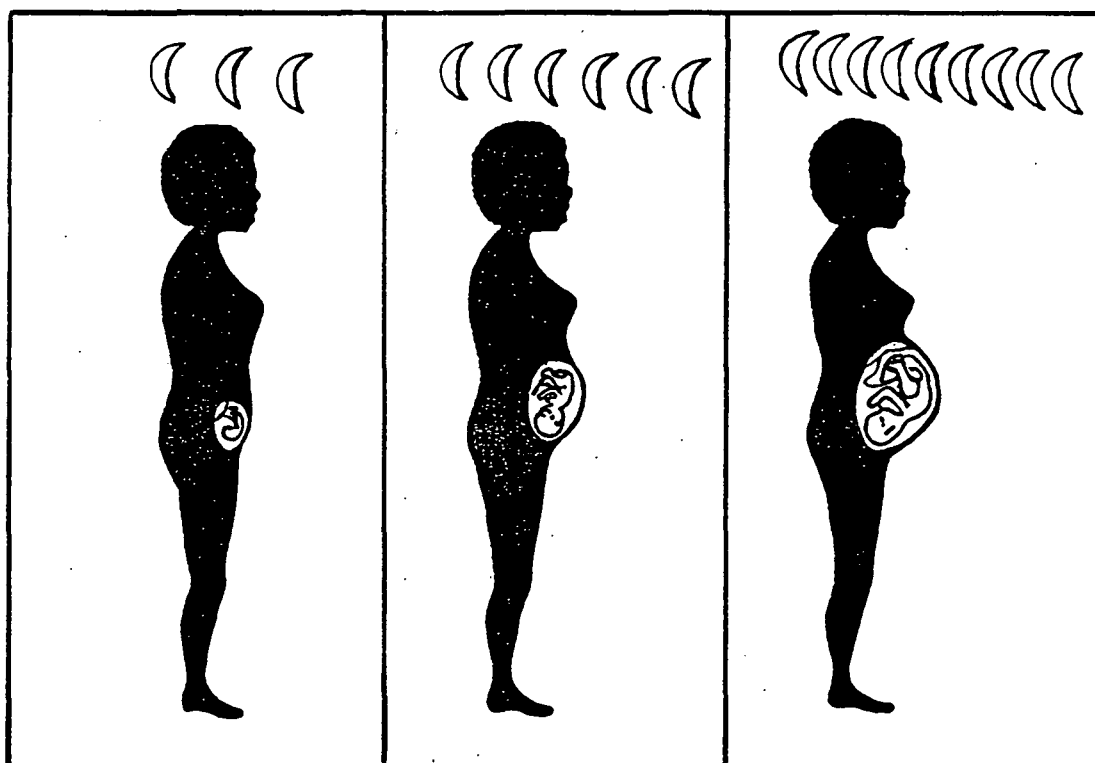
Figuur 7.10 Medikasie-etiket vir ongeletterde en swaksiende pasiënte



(Eustace et al.
1982:301)

Figuur 7.11 Illustrasie vir swangerskapvoorligting aan ongeletterde vroue

(Chabot 1984)



pamflet wat onkunde en wanopvattinge rondom spesifieke siektes vergroot, nutteloos wees.

Oor die algemeen blyk dit dat die spesifieke wyse waarop inligting gekodeer en ingeklee word, bepalend is vir doeltreffende mediagebruik en kommunikasie. Muir Gray (1983:13-15) noem vier basiese vereistes ten opsigte van inligting in pamflette vir voorkomende gesondheidsopvoeding, naamlik klem op: i) die erns van die probleem (siektoestand/epidemie), ii) die vatbaarheid daarvan vir sekere individue en risikogroepe, iii) die voordele van voorkomingsaksies, en iv) struikelblokke wat individue of risikogroep mag ervaar. Op 'n meer tegniese vlak identifiseer McLeod (1991:135-144) 'n aantal koderingsfaktore wat die toepaslikheid van onderrigtekste bepaal. Die verskillende faktore word onder drie kategorieë geklassifiseer, naamlik: i) inhoudelike aspekte; ii) tegniese aspekte; en iii) tipografiese aspekte.

Inhoudelike aspekte behels feitelike akkuraatheid, opvoedkundige relevansie, die vermoë van teks om kognitiewe denke te stimuleer, objektiwiteit, bibliografiese besonderhede, aktualiteit en bondigheid. Tegniese aspekte wat die opvoedkundige waarde van teks verhoog, is die gebruik van kognitiewe sleutels ("advance organisers"), konseptuele diagramme, tabelle en illustrasies, logiese ordening van inhoud, opsommings van hoofaspekte, opskrifte in die vorm van vrae wat denke stimuleer, humor, die lengte van teks, asook leesbaarheid en kleurgebruik. Belangrike tipografiese faktore sluit teksuitleg en die keuse van lettertipe asook lettergrootte in. Vahabi en Ferris (1995:99-106) stel soortgelyke riglyne om die kwaliteit en toepaslikheid van gedrukte teks vir pasiëntopvoeding te verbeter. In sy onderskeid tussen tegniese ontwerpvereistes van media vir verskillende teikengroepe noem Webb (1994:165) ook dat klein onleesbare teks op glanspapier nie vir bejaardes wie se sigvermoë beperk is, geskik is nie.

'n Ander bepalende faktor wat meer breedvoerige aandag verdien, is die invloed van 'n teikengroep se geletterdheidsvlak en sosio-kulturele agtergrond op toepaslike teksformulering. Livingston (1993:195) noem vier vereistes vir toepaslike boodskappe by VIGS-opvoeding in Afrika te stel. Daarvolgens moet gedrukte boodskappe inligtingswaarde hê, vir die teikengroep verstaanbaar wees, praktiese nut hê en die Afrika-kultuur weerspieël. Volgens Webb (1994:204) behoort gedrukte materiaal vir gesondheidsopvoeding wat op tweedetaal-gebruikers gerig is, ten minste aan die volgende tegniese vereistes te voldoen, naamlik: visuele aantreklikheid, opvoedkundige relevansie en kulturele toepaslikheid, nie-verkleinerende taalgebruik, maklik verstaanbaar, oordedend, duidelik en akkuraat, asook aanvaarbaar vir die beoogde teikengroep.

Weens die wisselende vlakke van geletterdheid wat in ontwikkelende lande voorkom, kan dit geensins aanvaar word dat geskrewe teks vir alle teikengroepe verstaanbaar is nie. Volgens Boyd en Citro (1983:45) asook Estey *et al.* (1991:165-169) behoort die verstaanbaarheid van gedrukte teks in ontwikkelende lande te verbeter indien die teksformulering op 'n laer geletterdheidsvlak (byvoorbeeld vir 10-11 jarige kinders), eerder

as hoë akademiese vlak hanteer word. In ag genome die hoë ongeletterdheidsvlakke in ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika, stel Green en Lascaris (1990:89) die volgende algemene riglyn, naamlik: "Simple, straightforward language and easily understood concepts are the basic tools of our Third World communicators"

Voortvloeiend hieruit is 'n verdere belangrike riglyn dat taalformulering aangepas behoort te word by die ervaringswêreld van verskillende teikengehore. Hill en Murphy (1992:150-157) beklemtoon die rol van "plaaslike taal" ("local language") om die boodskappe vir gesondheidsopvoeding vir landelike gemeenskappe meer verstaanbaar en toeganklik te maak. Kenners is dit eens dat gespesialiseerde mediese vaktaal ("medical jargon") ver van die taal wat die gewone man praat en verstaan, verwyder is - selfs dialekte van dieselfde taal kan verskil (Cole 1979:111-121; Scotland 1985:126-132; Chambers & Abrams 1986:94-96; Le Roux 1989:22-23).

Vanuit 'n linguistieke perspektief wys Kaschula en Anthonissen (1995) op bepaalde realiteite ten opsigte van taaldiversiteit in Suid-Afrika wat vir hierdie navorsing relevant is.

- * Geen algemene stel reëls vir gebruik van 'n bepaalde taal, dialek of variant van 'n dialek is beter (meer toepaslik) of swakker (minder toepaslik) as dié wat vir 'n ander taal geld nie.
- * Maatstawwe vir toepaslike taalgebruik wissel van gemeenskap tot gemeenskap en van kultuur tot kultuur, en daarom behoort taalgebruik aan te pas by die behoefte en situasie, "...Knowing a language thus involves knowing how to say the right thing in the appropriate style at the right time and place" (1995:36).
- * Die spesifieke taalkeuse wat as medium vir onderrig gebruik word, hoef nie noodwendig die standaard (akademies korrekte) algemene taal te wees nie. Daar bestaan unieke vorme van taalgebruik onder verskillende sosiale subkulture (byvoorbeeld tieners) wat uitdrukking aan 'n bepaalde groepsidentiteit gee en doelbewus gebruik kan word om persone wat om een of ander rede nie by die betrokke groep inpas nie, uit te sluit. 'n Voorbeeld van kenmerkende groep-dialek wat onder homoseksuele op die Kaapse Vlakte voorkom, word in bylae 7A (p.206) aangetoon.
- * Die verskynsel van kodevermenging en kodewisseling ("code switching and code mixing") kom toenemend in Suid-Afrikaanse gemeenskappe voor. 'n Xhosapersoon wat ook Engels magtig is, sou byvoorbeeld verkies om sommige woorde van 'n tweede taal te gebruik, omdat dit beter uitdrukking aan 'n bepaalde gedagte gee of omdat die sinoniem daarvoor nie in die eerste voorkeurtaal bestaan nie. Die volgende is 'n sprekende voorbeeld: "This morning I have to go to iMnike (the market). I have to get to the station in time, so now I have to khawuleza (hurry)" (Kaschula en Anthonissen (1995:73). Verdere voorbeelde wat dikwels voorkom, is: "If you're in town you can *sommer* come

and stay over at my place", "That really was a *lekker* get-together", "The leaders met at a secret venue for their three day *indaba*" en "The weather is cold and wet but it's not raining - it has just been *khwitsahing* (drizzling) for the past day or two" (Kaschula & Anthonissen 1995:6).

Die gebruik van eufemismes ter vermyding van taaltaboe's en om respek te betoon, kom ook algemeen voor, byvoorbeeld die gebruik van *Almagtige Vader* in plaas van God, *Unkulunkulu* (die Groot Een) in plaas van Thixo, *Inkosi yamaZulu* (die koning van die Zoeloes) in plaas van koning Goodwill Zwelethini, 'n *maligne breintumor* in plaas van kankergewas in die brein, en *HIV-verwante siekte* in plaas van VIGS (Kaschula & Anthonissen 1995:60). Om dieselfde rede kom 'n taalverskynsel soos *hlonipa* in sommige swart kulture voor waar vroue respek en onderdanigheid aan ander huisbewoners toon deur hulle nie op die naam aan te spreek nie, byvoorbeeld *Utatomkhulu kaSipho* (Sipho se vader) in plaas van Mxolisi Mlambo (haar skoonpa se werklike naam).

Uit die voorafgaande bespreking kan afgelei word dat die benadering tot en wyse van taalgebruik vir verskillende teikengroepe behoort te verskil. Dit sou meebring dat meer "gebruikersvriendelike taal" in plaas van akademiese taal gebruik word, veral by teikengroepe met lae geletterdheid en waar groepe tevore weinig of geen vorige blootstelling aan die gespesialiseerde mediese vaktaal gehad het nie. Die onderstaande lys plaasvervangende tandheelkundeterme vir kommunikasie met kinders gee 'n voorbeeld van wat met nie-akademiese gebruikersvriendelike taal bedoel word.

Tabel 12. Plaasvervangende tandheelkundeterme vir kinders

(Chambers & Abrams 1986:94).

Akademiese term	Plaasvervangende term
Air syringe	Wind, Air
Anaesthetic	Sleeping tooth medicine
Burr	Brush
Fluoride	Tooth toughener
Hand piece	Hose, Tooth cleaner
Pit and fissure sealant	Plastic cover
Rubber dam	Rubber raincoat
X-Ray equipment	Tooth camera

Laastens kan daarop gewys word dat die uiteenlopende verskeidenheid teikengroepe in gesondheidsopvoeding besondere eise aan teksformulering. Ter voorbeeld noem Coombs en Craft (1987:90-91) sekere tegniese riglyne met die oog op ontwerp van gedrukte media vir swaksiende kinders, naamlik:

- * stimulerende, kleurvolle en duidelike illustrasies;
- * maklik leesbare en verstaanbare byskrifte;
- * die gebruik van beperkte tegniese vakterme;

- * relatief groot gedrukte teks; en
- * 'n eenvoudige tipografiese uitleg.

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat tekstkodering wat nie die eiesoortige kenmerke, vermoëns en omstandighede van spesifieke teikengroepe weerspieël nie, heel waarskynlik ontoepaslik sal wees. Die primêre koderingsriglyne vir gedrukte media in gesondheidsopvoeding kan volgens Stewart (1986:23-30) in vyf hoofpunte saamgevat word.

- * As die teks nie georden is nie, sal die doel nie bereik word nie;
- * As dit nie stimulerende visuele elemente bevat nie, sal dit nie sigbaar wees nie;
- * As dit nie sigbaar is nie, sal dit nie gelees word nie;
- * As dit nie leesbaar is nie, sal dit nie verstaan word nie;
- * As dit nie verstaanbaar is nie, sal dit nie tot gedragsverandering lei nie.

Hiermee word volstaan soverre dit riglyne vir tekstkodering betref.

7.6.7 Enkele ondersteunende navorsingsresultate

Die literatuur bied insiggewende navorsingsresultate oor 'n wye verskeidenheid aspekte van boodskapkodering in verskillende mediaformate binne konteks van onderrig en leer oor die algemeen, en gesondheidsopvoeding in besonder. Kemp en Dayton (1985:18-21) gee byvoorbeeld 'n bondige uiteensetting van relevante navorsing oor die effek van televisiekamerakomposisie, grafiese voorstelling en die gebruik van musiek asook klankeffekte in oudiovisuele programproduksie. Aangesien 'n blote herhaling van sodanige data in hierdie proefskrif nutteloos sou wees, word slegs enkele bevindinge voorgehou.

- * Die inherente kommunikasiekodes van 'n medium is nie 'n betroubare maatstaf vir die onderrigwaarde van die betrokke medium nie (Dwyer, aangehaal deur Pettersson 1993:160).
- * Verskillende illustrasievorme het variërende sukses in die bereiking van leerdoelwitte. Gedetailleerde illustrasies is meer geskik vir identifikasie, terwyl diagrammatiese lyntekeninge die doeltreffendste is waar blootstellingstyd beperk is, doelwitte op die begrip van konsepte fokus en aanvullende teks gebruik word. Tegnieke om boodskapinhoud te vereenvoudig, maar terselfdertyd belangrike aspekte te beklemtoon (byvoorbeeld die gebruik van illustrasies en tipografiese uitleg), verhoog die effektiwiteit van gedrukte teks (Dwyer 1978:7-12; Harden & Sowden 1983:124-129; Goldsmith 1984:22-23; Charlton 1986:333-342).
- * Kleurgebruik in visuele kommunikasie dra nie noodwendig tot leersukses by nie. Kleurgebruik is egter essensieel vir die korrekte identifikasie van konkrete voorwerpe. Die simboliese funksie van kleur kan in spesifieke situasies 'n waardevolle inligtingsfunksie vervul, byvoorbeeld om kerninligting te aksentueer en die begrip van verbandhoudende aspekte deur middel van kleurkodifisering

te verbeter (Sinofsky & Knirk 1981:17-19; Pett & Wilson 1996:19-35). Bewyse bestaan wel dat kinders media-advertensies wat in kleur verskyn, makliker herroep. Advertensies wat in swart-en-wit vertoon word, asook vreesontlokkende voorwerpe soos 'n grafsteen bevat, het nie 'n positiewe impak nie (Nelson & Charlton 1991:12).

- * Dramatiese visuele effekte in televisie- en videoprogramme verbeter die vestiging van aandag op spesifieke inhoudelike aspekte en bied die boodskap op 'n meer stimulerende wyse aan. Dit kan egter verwarring vergroot en selfs negatiewe reaksies by kykers ontlok (Baggaley 1989:1-9).
- * Indien bekende openbare persone as rolmodelle gebruik word in oudiovisuele kommunikasie is identifikasie met die betrokke persoon se werklike lewensoor- tuiging en lewenswyse deurslaggewend vir geloofwaardigheid (Van Aswegen 1986:63).
- * Musiek kan tot kontinuïteit in oudiovisuele boodskappe (byvoorbeeld in tele- visieprogramme) bydra, die emosionele impak van boodskappe verhoog, en 'n gunstige omgewing vir verhoogde leerprestasie help vestig (Seidman 1981:49- 61; De Wet 1995:157-169).
- * Kinders se aandagspan tydens die vertoning van opvoedkundige televisiepro- gramme fluktueer na gelang van die spesifieke inhoud (byvoorbeeld aksie, al dan nie) en lengte van segmente in die program. Hulle aandag neem oor die al- gemeen af tydens "lang" programsegmente, maar bly konstant of verbeter in geval van "kort" segmente. Spesifieke programkenmerke met hoë aandag- waarde is vroulike karakters, kinders, poppespel, animasie en kamerategnieke soos "inbeweeg" ("zoom") (Parekh 1987:263-283).
- * Die komplementerende gebruik van auditiewe en visuele boodskappe verhoog die herroeping van beide verbale en visuele inligting. Daarenteen verlaag 'n multimedienadering wat tot inligtingoorlading lei, die herroeping van inligting (Grimes 1990:15-25).

Navorsing oor verskillende aspekte van visuele kommunikasie in ontwikkelende lande het insiggewende resultate na vore gebring. Metallinos (1983:91-94) rapporteer dat:

- i) die interpretasie van visuele boodskappe oor kultuurgrense verskil (selfs op radikale wyse);
- ii) die gebruik van foto's en illustrasies gebrek aan leesvaardighede grootliks oor- brug, veral in samehang met verbale kommunikasie; en
- iii) die onvermoë om sekere illustrasies korrek te vertolk nie algehele gebrek aan visuele geletterdheid impliseer nie, omdat beperkte visuele geletterdheid spon- taan kan ontwikkel.

Sedert die sestigerjare het verskillende navorsers bevestig dat daar 'n direkte verband tussen die vlak van visuele geletterdheid en korrekte vertolking van Westerse kon- vensies vir beeldkommunikasie bestaan. Hurt (1989:24-26) rapporteer byvoorbeeld

dat ouer kinders wat meer blootstelling aan verskillende vorme van beeldkommunikasie gehad het, die betekenis van illustrasies makliker as jonger kinders met 'n laer geletterdheidsvlak assimileer. Na omvattende navorsing het Colle en Glass (1986:162) spesifieke probleme in verband met die interpretasie van beeldkommunikasiekonvensies in ontwikkelende lande geïdentifiseer.

- i) Konvensies om die illusie van diepte te skep (byvoorbeeld relatiewe grootte, oorvleueling en liniêre perspektief).
- ii) Konvensies vir aksentuering (byvoorbeeld vergroting en pyle).
- iii) Konvensies om bewegingillusie te skep (byvoorbeeld opeenvolgende beelde, grafiese lyne wat momentum voorstel en vriesbeelde).
- iv) Konvensies om onsigbare realiteite of konsepte te toon (byvoorbeeld die ligging van menslike hart en longe; "denkwolke" in spotprente, die wêreldkaart en voorstellings van statistiese data).
- v) Konvensies wat van simboliek (byvoorbeeld piktogramme) gebruik maak.

Dit dien vermelding dat die rol van sosio-kulturele faktore in visuele persepsie meer subtiel en kompleks is as wat op die oog af blyk, soos verskillende kleurassosiasies en simboliese tekens om bepaalde boodskappe oor te dra, in verskillende kulture bevestig. In Westerse lande word die kruis op 'n graf dikwels gebruik om die dood voor te stel, terwyl 'n groep huilende vroue in Noord-Afrika en 'n aasvoël op 'n dooie bees in Oos-Afrika meer toepaslik is (Parfitt 1988:31-33). Pettersson (1982:43-53) se navorsing in Afrika toon dat beide kinders en volwassenes van verskillende etniese groepe illustrasies met "sagte vloeiende" lynkwaliteit bo "hoekige" gestileerde lyne of realistiese foto's verkies. In dié betrokke geval het die deelnemers oor die algemeen kleurillustrasies bo swart-en-wit tekeninge verkies, omdat kleurvoorstellings volgens hulle meer lewensgetrou is. Navorsers in Suid-Afrika het soortgelyke bevindinge oor verskillende aspekte van beeldkommunikasie binne konteks van gesondheidsopvoeding gemaak (Van Aswegen 1986; Van Aswegen 1987; Treurnicht 1991; Hugo & Skibbe 1991; Hugo 1994).

Die voorafgaande navorsingsresultate bevestig dat toepaslike boodskapkodering in verskillende media vir gesondheidsopvoeding in multikulturele ontwikkelende gemeenskappe gespesialiseerde kundigheid vereis. Die genoemde resultate, wat as riglyne vir boodskapontwerp geformuleer kan word, behoort die teoretiese basis vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding te verbreed.

7.7 SAMEVATTING

Toepaslike boodskapkodering in media is nie 'n terloopse handeling nie en vereis gespesialiseerde kundigheid. In hierdie hoofstuk is spesifiek na 'n teoretiese basis ter ondersteuning van boodskapkodering in gesondheidsopvoeding gekyk. As vertrekpunt is dit gestel dat beide opvoedkundige en tegniese-estetiese aspekte aandag behoort te geniet, alhoewel die opvoedkundige doelwitte wat bereik moet word, sentraal staan.

Op grond van die abstraksie-realismeteorie bestaan daar 'n wye spektrum beeldkommunikasievorme wat oorweging behoort te geniet, want sodoende kan onderskei word tussen realistiese voorstellings, visuele illusies, skematiese grafiese voorstellings en grafiese simbole. Dit blyk verder dat, alhoewel verbale en visuele kodes onderskeibaar is, dié twee boodskapvorme dikwels komplementêrend aangewend word. Gevolglik bied die kombinasie ook verskeie variasies van teks en beeldkombinasies.

Die literatuur bied omvattende riglyne ten opsigte van boodskapkodering vir verskillende situasies en media in gesondheidsopvoeding. Daar is onder meer gewys op die eiesoortige aard en vereistes vir mediese illustrasie en kliniese fotografie. Hierbenewens is riglyne vir oudiovisuele boodskappe in ontwikkelende gemeenskappe, met inbegrip van illustrasies en teks ondersoek. Die primêre bevinding is dat boodskappe vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap spesifieke uitdagings stel wat onder meer rekening met variërende vlakke van mediageletterdheid by verskillende teikengroepe rekening moet hou. Ten slotte is gewys op enkele ondersteunende navorsingsresultate wat die teoretiese verwysingsraamwerk verder verbreed.

Vanuit die teoretiese agtergrond wat in hierdie hoofstuk verkry is, fokus die volgende hoofstuk op 'n empiriese ondersoek oor toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding.

Bylae 7A. Die Moffie-taal op die Kaapse Vlakte

(Vrye Weekblad, 29 September 1993:50).

"Nancy (geen) difference. Die hele land is milly vinilli (kunsmatig). Daai Clora (kleurling) is baie reeva (rof). Ma' het djy daai beula (aantreklike) ivy (Indiër) gasien, hy gat nou mos met daai Wendybag (blanke). Ko kala (kom kyk hier) soe 'n bietjie hie, sien djy daai Natalie (swarte) da, hy gail (praat) te baie vi' my laaiking met Priscilla Presley (die polisie) en Jennifer Justice (die hof). Ek trus homie. Ek hit hoeka gehester (gehoor) lat hy 'n Big 5 (informant) is. Ma' nou hoekom is djy soe milly (maer), is djy laaik op 'n diet?"

Hoofstuk 8

RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING:

'N EMPIRIESE ONDERSOEK ONDER MEDIKUNDIGES EN DIEETKUNDIGES

8.1	INLEIDING	207
8.2	DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK	207
8.3	DIE ONDERSOEKMETODE EN VRAEYSONTWERP	208
8.4	DIE TEIKENPOPULASIE	209
8.5	RESPONS EN DEMOGRAFIESE GEGEWENS VAN RESPONDENTE	211
8.5.1	Responsdata	211
8.5.2	Demografiese gegewens van respondente	211
8.6	RESULTATE	211
8.6.1	Analise van onderskeie groeppresonse	211
8.6.2	Analise van responskorrelasies	215
8.6.3	Analise van itemrangorde	218
8.6.4	Rangorde van belangrikste items	218
8.7	BESPREKING	220
8.8	SAMEVATTING	221

Hoofstuk 8

RIGLYNE VIR TOEPASLIKE BOODSKAPKODERING IN GESONDHEIDSOPVOEDING:

'N EMPIRIESE ONDERSOEK ONDER MEDIAKUNDIGES EN DIEETKUNDIGES

8.1 INLEIDING

Die vorige hoofstuk het 'n teoretiese verwysingsraamwerk ten opsigte van toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding bespreek. Daar is onder andere beklemtoon dat duidelike doelstellings 'n voorvereiste vir toepaslike boodskappe is, alhoewel die tegniese-estetiese aspekte van boodskapkodering nie geïgnoreer kan word nie (vide, h7:182). Dit is ook tevore gestel dat boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele gemeenskap deur 'n teikengerigte benadering verhoog kan word (vide, h6:177). Juis hierin lê 'n praktiese probleem, omdat mediaboodskappe dikwels ter wille van kostefaktore op 'n breë teikengehoor gemik is, en sodoende die veranderlikes wat tydens die ontwerp van toepaslike gesondheidsboodskappe in berekening gebring moet word, vermeerder. Daarom stel Slater (1995:186) die uitdaging: "We as health communicators must make a limited number of distinctions among our audience and make them in a way that permits us to tailor our messages to persons with widely varying concerns, needs and levels of knowledge".

Die vraag ontstaan of sekere koderingsriglyne meer deurslaggewend vir toepaslike boodskapontwerp aan 'n bepaalde teikengroep is, met ander woorde of sommige riglyne hoër prioriteit as ander in 'n bepaalde situasie behoort te geniet. Teen dié agtergrond fokus hierdie hoofstuk op 'n empiriese ondersoek wat gedurende 1995 gedoen is ter prioritisering van riglyne vir toepaslike boodskapkodering by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap.

8.2 DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK

Die hipotese van hierdie navorsing, soos geformuleer in die inleidende hoofstuk (vide, h1:24), is dat boodskappe in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon, wat deur spesifieke beginsels en praktykvereistes vir verhoogde boodskaptoepaslikheid gerugsteun word. Hieruit vloei die tweeledige doel van die empiriese ondersoek voort, naamlik om i) die belangrikste koderingsriglyne ten opsigte van basiese mediakategorieë in gesondheidsopvoeding te identifiseer, en ii) sodanige riglyne te prioritiseer. Empiriese navorsing met die oog op prioritisering van verskillende bepalende faktore in gesondheidstatus is 'n bekende verskynsel in primêre gesondheidsorg (Hagart & Billington 1982:12-23; Catford 1983:125-131). Dieselfde strategie is ook reeds in Suid-Afrika gevolg met die oog op herstrukturering van media-ondersteuningsdienste in mediese onderwys (Hugo 1997).

Aangesien aspekte van tekskodering volledigshalwe by die ondersoek ingesluit sou word, is ongeletterdes as teikengroep uitgesluit, alhoewel koderingsriglyne in die ander mediakategorieë (byvoorbeeld illustrasies en sosio-kulturele aspekte) ewe toepaslik vir dié betrokke groep is.

8.3 DIE ONDERSOEKMETODE EN VRAELYSONTWERP

Die keuse van navorsingsmetode was 'n empiriese ondersoek en die meetinstrument 'n gestruktureerde vraelys. Sodoende kon data verkry word ter bevestiging of verwerping van die gestelde hipotese. Die gebruik van gestruktureerde vraelyste is algemeen bekend in navorsing oor onderwystegnologie en onderwysmedia. Alhoewel daar verskillende instrumente vir die evaluering van onderrigprogrammatuur bestaan, was geen een vir hierdie spesifieke ondersoek geskik nie. 'n Nuwe geskikte vraelys is derhalwe ontwerp na aanleiding van voorbeelde deur McKenzie (1987:31), Freysen *et al.* (1989:286-289), Oosthuizen (1991:324-328) en die Biomedical Communications Centre in Nebraska (Benschoter 1994).

Die inhoud van die vraelys is gebaseer op die teoretiese verwysingsraamwerk vir toepaslike boodskapkodering wat in die vorige hoofstuk behandel is. Persoonlike ervaring op die terrein van programmatuurontwerp vir onderrig en leer, onder andere in mediese onderwys oor die afgelope vyftien jaar, aan verskillende instellings in Suid-Afrika was ook in dié verband waardevol. Die vraelys moes aan bepaalde tegniese en inhoudelike vereistes voldoen. Ten opsigte van inhoudelike aspekte moes die vraelys die volgende bepalende dimensies van kommunikasie in gesondheidsopvoeding inkorporeer: i) die situasie waarin kommunikasie plaasvind; ii) die inherente koderingskenmerke van verskillende media; en iii) teikengroepkenmerke soos sosio-kulturele agtergrond en mediageletterdheid. Verder moes die vraelys voldoen aan algemene riglyne vir die ontwerp van vraelyste vir empiriese navorsing, byvoorbeeld eenvoudige taalgebruik en gebruikersvriendelikheid.

Aanvanklik is 'n itempoel van vyf-en-tagtig vraelysitems opgestel. Hierdie items is onafhanklik deur twee mediaspesialiste op gesondheidsgebied ('n mediese illustreerder/grafiese kunstenaar en videoregisseur, onderskeidelik met meer as tien en twintig jaar praktykervaring), asook 'n gesondheidsvoorligter met ervaring in media-produksie ten opsigte van relevansie en formulering geëvalueer. Op grond van die terugvoer is die tegniese formulering van sommige vrae vereenvoudig. Terselfdertyd is die aantal toetsitems na drie-en-sestig verminder. Weens die uitsers beperkte aantal mediakundiges in Suid-Afrika wat een of ander gespesialiseerde kwalifikasie op die terrein van mediaproduksie vir gesondheidsopvoeding en/of mediese onderwys het, kon geen spesifieke tegniese vrae oor byvoorbeeld mediese illustrasie en kliniese fotografie ingesluit word nie.

Die finale vraelys (Bylae 8A, p.222) is in twee afdelings georden. Die eerste afdeling het instruksies ingesluit en vrae om demografiese besonderhede van respondente te

versamel. Die tweede afdeling is verdeel in vyf subhoofde vir onderskeidelik algemene media-ontwerpaspekte, grafika- en illustrasie-aspekte, teksontwerpaspekte, oudiovisuele programontwerpaspekte en sosio-kulturele aspekte. Onder elke kategorie het 'n aantal items (koderingsriglyne) verskyn, waarvan respondente die relatiewe belangrikheidsgraad moes aantoon. Alle vrae kon deur middel van 'n kruisie in die toepaslike blokkie en 'n sespunt-Likertskaal (waar 6 die belangrikste aspek en 0 "betekenis onduidelik" verteenwoordig) beantwoord word. Sodoende kon elke respondent sy of haar voorkeur by elke item (ontwerpriglyn) aantoon.

8.4 DIE TEIKENPOPULASIE

Alhoewel die spanbenadering dikwels tydens mediaproduksie in mediese onderwys en gesondheidsopvoeding nagevolg word (vide, h2:46), toon ervaring dat mediagebruikers en mediaspesialiste soms oor die belangrikste vereistes waaraan oudiovisuele programmatuur vir onderrig en leer behoort te voldoen, verskil. Borton en Rossett (1989:434-444) se navorsing het duidelike verskille in akademiese vakspesialiste, onderrigadviseurs en evalueringspesialiste se sienings oor die belangrikste kriteria vir media-ontwerp na vore gebring. Navorsing oor persepsieverskille van die gesondheidsprofessies jeëns die gebruik van spesifieke media soos televisie, video en pamflette is nie onbekend nie (Taylor 1981:52-54; Higgins *et al.* 1982:225; Fowler 1985:103-104). In die lig hiervan het die teikenpopulasie vir die ondersoek uit twee groepe bestaan. Eerstens is verskillende kategorieë mediakundiges soos grafiese kunstenaars, mediese illustreerders, fotografe, teksuitlegspesialiste, videoproduksiespesialiste en mediadirekteure wat as spanlede by die ontwerp en produksie van verskillende oudiovisuele programmatuur op mediese gebied betrokke is, geïdentifiseer. Aangesien 'n relatief klein getal mediaspesialiste op hierdie betrokke terrein in Suid-Afrika beskikbaar is, is die volgende deelnemers en instellings betrek:

- * Alle personeel van bestaande mediasentra aan tersiêre onderwysinstellings wat mediadienste vir onderrig in die gesondheidswetenskappe (byvoorbeeld geneeskunde, verpleegkunde, tandheelkunde en dieetkunde) voorsien. Die spesifieke instellings wat vir deelname geïdentifiseer is, word in bylae 8B (p.227) aangetoon.
- * Grafiese kunstenaars van die afdeling Korporatiewe Kommunikasie van die Mediese Navorsingsraad.
- * Mediaspesialiste van die Departement Gesondheid se direktoraat Kommunikasie. Hierbenewens is een vryskut mediese illustreerder en twee persone uit die gesondheidsprofessies wat wye ervaring in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding het, ook by die ondersoek ingesluit. Die mediakomponent van die teikenpopulasie het uiteindelik ses verskillende mediaspesialiseringsterreine en vyf-en-twintig organisasies verteenwoordig.

Die ander komponent van die populasie het uit dieetkundiges, as 'n homogene groep mediagebruikers in gesondheidsopvoeding (hier: voedingsvoorligting), bestaan. Alhoewel dit verkieslik sou wees om alle gesondheidsprofessies (met inbegrip van verpleegkundiges, arbeidsterapeute, fisioterapeute en mondhygiëniste) by die ondersoek in te sluit, is slegs dieetkundiges vir deelname geselekteer. Sodoende is die spektrum van moontlike veranderlikes, soos die prioriteit wat gesondheidsopvoeding ontvang, die aard, inhoud en metodes van gesondheidsopvoeding en die mees toepaslike media vir die verskillende gesondheidsprofessies, wat die resultate kan beïnvloed, beperk. Slegs dieetkundiges van die Wes-Kaap is betrek, omdat alle aspekte van voedingvoorligting in die nege provinsies van die RSA nog nie dieselfde mate van ontwikkeling bereik het nie. Algemene belangrike faktore in die keuse van die dieetkundiges as deelnemende komponent van die teikenpopulasie was die volgende:

- * Gebalanseerde voeding vorm 'n hoeksteen in die verhoging van ontwikkelende gemeenskappe se gesondheidstatus. Voedingaspekte is 'n komponent van die internasionale GOBI-FFF strategie om die gesondheid van kinders in ontwikkelende lande te verbeter (Dennill et al. 1995:10). Die Engelse akroniem GOBI-FFF verteenwoordig die volgende strategieë: Groeimonitoring om die effek van ondervoeding te verminder, Orale rehidrasietherapie vir gastro-entritis, Borsvoeding en Immunisasie veral teen masels. The drie F's verteenwoordig Opvoeding van vroue (Female education), Gesinsbeplanning (Family spacing) en Voedingaanvulling (Food supplementation).
- * Dit is dié komponent van primêre gesondheidsorg wat die meeste met ander sektore soos welsyn, ekonomie en onderwys geïntegreer is.
- * Wanvoeding en ondervoeding is nie net twee van die hoof faktore wat die gesondheidstatus van die Suid-Afrikaanse bevolking verlaag nie, maar kom ook onder alle bevolkingsgroepe en in alle gemeenskappe voor (Labadarios 1994:24).
- * In die lig van die nuwe gesondheidsplan vir Suid-Afrika is strukture en personeel vir gesondheidsvoorligting nog nie wyd gevestig nie. Daarenteen is voedingvoorligting in Suid-Afrikaanse gemeenskappe, ook in onderontwikkelde landelike gebiede soos in KwaZulu-Natal, reeds gevestig (Walker et al. 1994:29; Benade 1995).
- * Die meeste van die dieetkundiges wat vir hierdie ondersoek geselekteer is, is by plattelandse sentra gestasioneer of werk in onderontwikkelde voorstedelike gebiede.
- * Die terrein van voedingvoorligting leen hom uitstekend tot verskillende vorme van mediagebruik, byvoorbeeld grafiese voorstellings om voedingkonsepte die beginsels van gebalanseerde dieet aan kinders te verduidelik (Werner & Bower 1987:25/41-44).

By implementering het alle deelnemers 'n begeleidende brief (Bylae 8C, p.228) ontvang waarin die doel en motivering vir die ondersoek verduidelik is.

8.5 RESPONS EN DEMOGRAFIESE GEGEWENS VAN RESPONDENTE

8.5.1 Responsdata

Die responsdata in die ondersoek kan soos volg saamgevat word:

	Mediakundiges	Dieetkundiges	Totaal
Vraelyste uitgestuur:	120	60	180
Vraelyste ontvang:	67	49	116
Persentasie respons:	55,8%	81,6%	64,4%
Bruikbare vraelyste:	63	47	110

Van die 116 vraelyste wat terug ontvang is, is ses nie vir verwerking gebruik nie, omdat die data onvolledig was (twee vraelyste ten opsigte van die dieetkundiges en vier in geval van die mediakundiges). Die bruikbare vraelyste is gekodeer en verwerk met behulp van die SPSS-X rekenaarpakket van die Universiteit van Stellenbosch. Die resultate word vervolgens bespreek.

8.5.2 Demografiese gegewens van respondente

Afgesien van die dieetkundiges wat 'n homogene groep is, verteenwoordig die respondente 12 mediadirekteure (onderwysmediakundiges/onderwystegnoloë) asook 55 verskillende tegniese mediaspesialiste wat soos volg saamgestel is: grafiese kunstenaars en mediese illustreerders (29), fotografe en kliniese fotografe (14), videoregisseurs en videokameramane (7), teksuitlegspesialiste (1) en persone met gekombineerde funksies (4). Die totale aantal jare praktykondervinding in mediaproduksie wissel van 0 tot 28 jaar in die geval van die dieetkundiges, en 2 tot 43 jaar in geval van die mediakundiges, soos aangetoon in figuur 8.1 (p. 212). Die ouderdomsgroepeerings waarin die meeste respondente van die onderskeie hoofgroepe voorkom, verskil: 21 (44,6%) van die dieetkundiges het een tot vyf jaar ondervinding in mediaproduksie, terwyl 17 mediakundiges (26,9%) ses tot tien jaar ondervinding het.

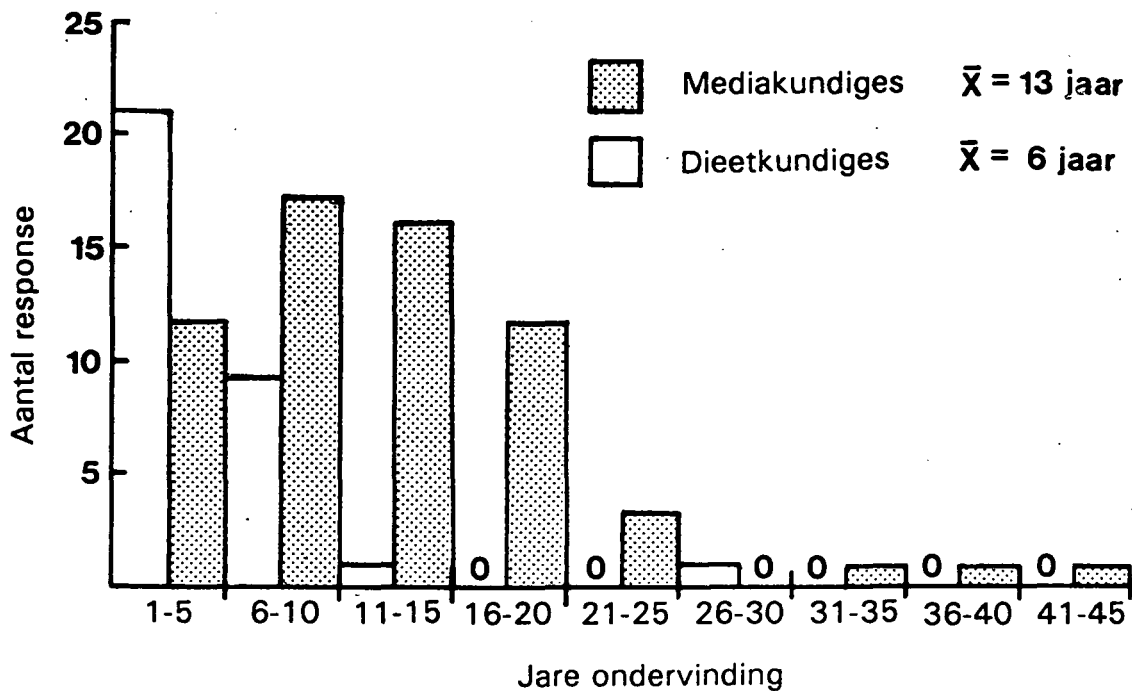
Ten opsigte van die vraag of die respondente enige formele of nie-formele opleiding in die ontwerp van audiovisuele programmatuur vir opvoedkundige doeleindes ontvang het, het 68,08 persent (32) van die dieetkundiges en 82,5 persent (52) van die mediakundiges onderskeidelik bevestigend geantwoord.

8.6 RESULTATE

8.6.1 Analise van onderskeie groeeresponse

Die doel van die ondersoek was om die belangrikste riglyne vir boodskapkodering ten opsigte van basiese mediakategorieë vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele

Figuur 8.1 Vergelyking van mediakundiges en dieetkundiges se jare ondervinding in mediaproduksie



ontwikkellende samelewing te identifiseer en te prioritiseer. As eerste stap is die response ten opsigte van die koderingsitems in die vraelys vir die twee teikenpopulasies (mediakundiges en dieetkundiges) statisties met behulp van die genoemde rekenaarprogram verwerk. Die statistiese resultate vir response van die mediakundiges en dieetkundiges onderskeidelik word in bylae 8D (p.229) aangetoon.

Deur middel van die numeringsstelsel in die vraelys is die spesifieke vraelysitem wat elke statistiese respons verteenwoordig, geïdentifiseer. Die rangorde-response van die mediakundiges en die dieetkundiges, soos uitgedruk in terme van die itemformulerings, word onderskeidelik in bylae 8E (p.230) en bylae 8F (p.231) aangetoon.

'n Analise van die onderskeie groepe se response dui op verskillende standpunte oor die belangrikheidsgraad van spesifieke koderingsriglyne, soos in tabel 13 (p.213) uiteengesit. Ten opsigte van grafiese ontwerp het die mediakundiges byvoorbeeld die hoogste prioriteit aan die volgende riglyne gegee: *"Adapt technical aspects such as layout, type size and colour to the format and capabilities of the medium of communication"* (B3). Daarenteen het die dieetkundiges die volgende as belangrikste riglyn in die betrokke kategorie verkies: *"Use simple diagrams for explaining complex concepts"* (B5). Verdere insiggewende afleidings is die volgende:

- * Ten opsigte van die algemene koderingsriglyne het albei groepe dieselfde vyf items onder die eerste vyf prioriteitsposisies geplaas.

Tabel 13. Vergelyking tussen belangrikste koderingsriglyne vir mediakundiges en dieetkundiges

MEDIAKUNDIGES

DIEETKUNDIGES

Algemene koderingsriglyne

- 1 The design or presentation must be simple enough to put the message across in a clear non-confusing manner.
- 2 Avoid information overload.
- 3 The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn.
- 4 The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion.
- 5 The presentation must be based on current knowledge and skills of the audience.

- Avoid information overload.
- The design or presentation must be simple enough to put the message across in a clear non-confusing manner.
The presentation must be based on current knowledge and skills of the intended audience.
The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn.
The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion.

Grafika- en Illustrasiekoderingsriglyne

- 1 Adapt technical aspects such as layout, type size and colour to the format and capabilities of the medium.
- 2 Use simple diagrams for explaining complex concepts.
- 3 Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained.
- 4 Use minimum of captions with graphics and illustrations.
- 5 Utilize the symbolic and expressive function of different colours to emphasize certain aspects.

- Colour must be realistic and lifelike.
- Utilize cartoons to present sensitive or serious topics in a less threatening manner.
The bolder the graphics or illustration the better.
- Use a minimum captions with graphics and illustrations.
Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained.

Tekskoderingsriglyne

- 1 Factual information and spelling in text must be accurate.
- 2 Use vocabulary that is familiar to the audience.
- 3 Structure information in a manner that is logical to the audience.
- 4 Summarize main points.

- Use vocabulary that is familiar to the audience.
Put sub-headings in the left margin, rather than in the centre of the page.
Utilize typography (eg a variety of text character, type size, layout, etc) to make the text more attractive.
Use words with precise meaning.

- 5 Use words with precise meaning.

Put headings and sub-headings in the form of questions, rather than statements.

Oudiovisuele programkoderingsriglyne

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | The programme must capture and hold the attention of the audience. | Avoid disturbing camera movements and interfering background objects. |
| 2 | Sound (commentary, music) must be clear and audible throughout. | Music and sound effects must not overpower commentary. |
| 3 | Music and sound effects must not overpower commentary. | Visual and sound communication channels used simultaneously must complement each other rather than duplicate information. |
| 4 | Use a stimulating voice for reading commentary to visuals. | Projected visuals must be displayed in landscape rather than portrait format. |
| 5 | Avoid disturbing camera movements and interfering background objects. | Utilize motion rather than still pictures in video and TV. |

Sosio-kulturele kontekstualiseringsriglyne

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used. | The lower the reading skills of the audience, the simpler the language. |
| 2 | The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture image and real objects which it depicts. | The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used. |
| 3 | The lower the reading skills of the audience the simpler the language. | The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design and speeds of presentation. |
| 4 | The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design and speed of presentation. | The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture images and real objects which it depicts. |
| 5 | Translate text into the most common local dialect. | The presentation must reflect the culture, values, beliefs perceptions of the intended audience. |

- * Ten opsigte van die grafika- en illustrasie-aspekte was daar slegs twee riglyne wat deur albei groepe onder die eerste vyf rangordeposisies geplaas het, naamlik: "*Use minimum of captions with graphics and illustrations*" en "*Use graphic symbols that are familiar to the audience*".
- * Ten opsigte van tekskodering was daar eweneens slegs twee riglyne wat albei groepe onder die eerste vyf rangordeposisiesgeplaas het, naamlik: "*Use vocab-*

ulary that is familiar to the audience" en "Use words with precise meaning".

- * Ten opsigte van oudiovisuele programkodering was daar slegs een riglyn wat deur albei groepe onder die eerste vyf rangordeposisies geplaas het, naamlik: "Avoid disturbing camera movements and interfering background objects".
- * Ten opsigte van sosio-kulturele kontekstualisering was daar vier riglyne waaroor die twee afsonderlike groepe eenstemmig was. Die mediakundiges se vyf prioriteitriglyne het die volgende item ingesluit: "Translate text into the most common local dialect". Hierteenoor was die dieetkundiges se vyfde keuse: "The presentation must reflect the culture, values, beliefs and perceptions of the intended audience". Groter duidelikheid moes oor die mate van eenstemmigheid, al dan nie, tussen die twee groepe se response verkry word.
- * Slegs een item uit die totale vraelys is deur albei groepe onder die eerste vyf prioriteitriglyne geplaas en ook op dieselfde rangordeposisie, naamlik "Use minimum captions with graphics and illustrations" (in the kategorie: grafika- en illustrasieriglyne).

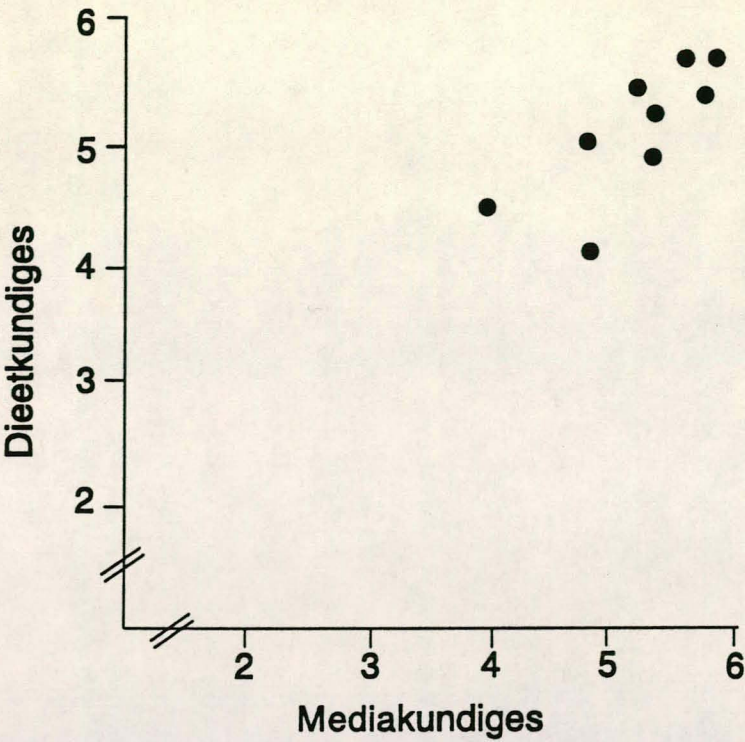
8.6.2 Analise van responskorrelasies

Die korrelasie tussen die responsdata van die mediakundiges en dieetkundiges is vervolgens met behulp van die formule vir die Pearson-produkmomentkorrelasiekoëffisiënt bereken. Die resultate word in onderstaande tabel aangetoon:

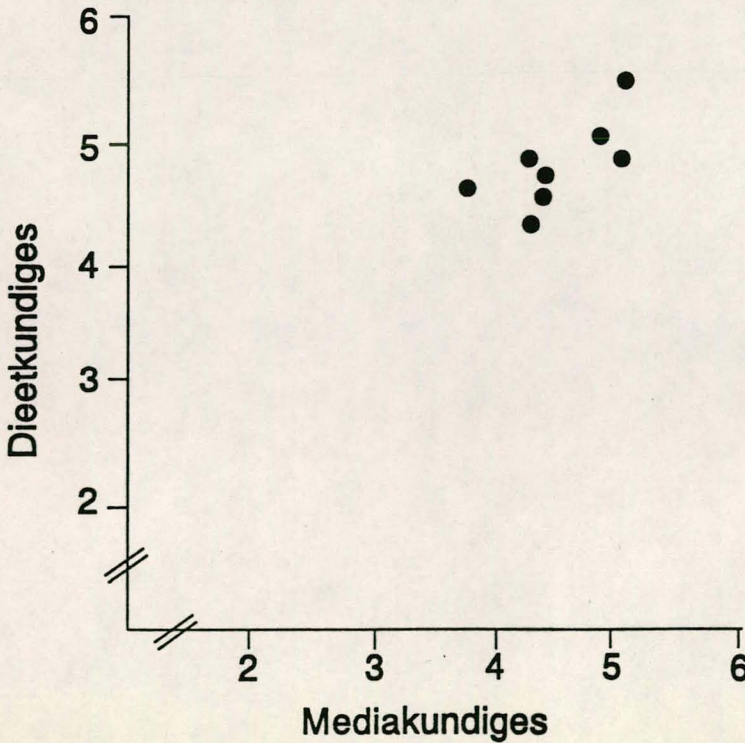
Tabel 14. Korrelasie tussen itemresponse van mediakundiges en dieetkundiges

MEDIAKATEGORIE	KORRELASIEKOËFFISIËNT
Algemene ontwerpriglyne (figuur 8.2, p. 216):	r = 0,8
Grafika- en illustrasieriglyne (figuur 8.3, p. 216):	r = 0,7
Tekskontwerpriglyne (figuur 8.4, p. 217):	r = 0,8
Oudiovisuele programontwerpriglyne (figuur 8.5, p. 217):	r = 0,4
Sosio-kulturele kontekstualiseringriglyne (fig 8.6, p. 218):	r = 0,7

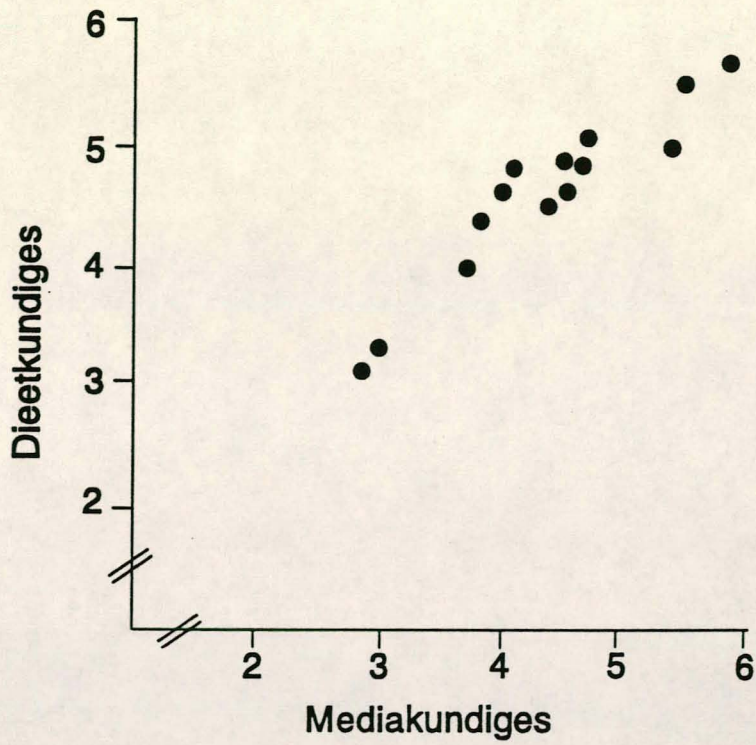
Uit Mulder (1978:24) se riglyne vir interpretasie van korrelasiekoëffisiënte kan afgelei word dat, ten opsigte van algemene koderingsriglyne en tekskoderingriglyne, 'n beduidend hoë eenstemmigheid (die riglyn: 0,80-0,99 = baie hoë korrelasie) tussen die twee groepe se sienings bestaan. In geval van grafika- en illustrasieriglyne en sosio-kulturele kontekstualiseringriglyne is die eenstemmigheid hoog (riglyn: 0,60-0,79 = hoë korrelasie), terwyl daar slegs matige eenstemmigheid oor oudiovisuele programkoderingsriglyne bestaan (riglyn: 0,40-0,59 = matige korrelasie). In geheel gesien is daar 'n hoë eenstemmigheid tussen die twee groepe se sienings. Die gemiddelde korrelasiekoëffisiënt vir die vyf kategorieë is 0,60.



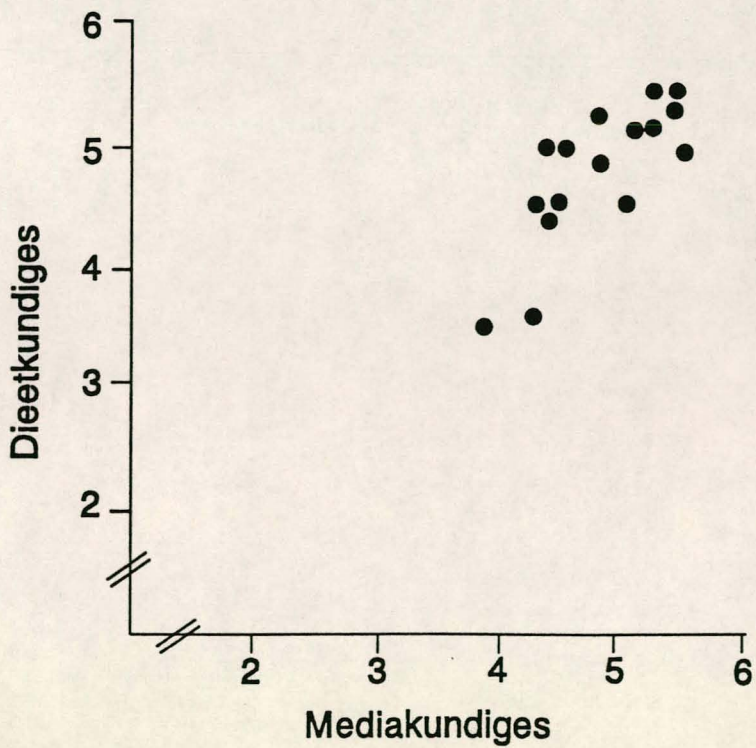
Figuur 8.2 Responskorrelasie vir algemene koderingaspekte



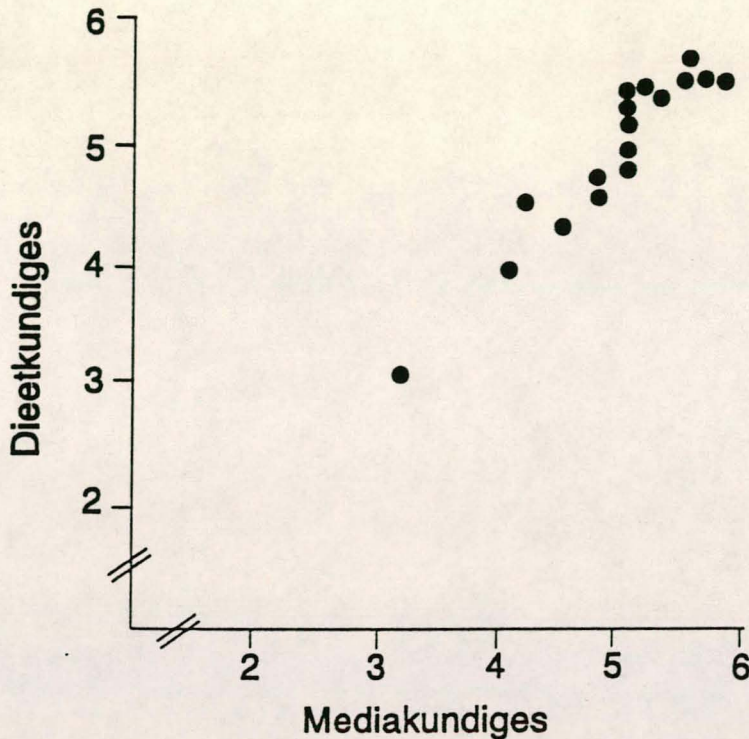
Figuur 8.3 Responskorrelasie vir grafika- en illustrasie-aspekte



Figuur 8.4 Responskorrelasie vir tekskoderingaspekte



Figuur 8.5 Responskorrelasie vir oudiovisuele programontwerpaspekte



Figuur 8.6 Responskorrelasie vir sosio-kulturele kontekstualiseringaspekte

8.6.3 Analise van itemrangorde

In die lig van die duidelik positiewe korrelasie tussen response van die mediakundiges en dieetkundiges is die afsonderlike twee stelle responsdata saamgevoeg. Die gesamentlike data is weer eens rekenaarmatig verwerk om 'n enkele verteenwoordigende responsprofiel van die groep as geheel te verkry. Die statistiese data ten opsigte van itemrangorde vir die groep as geheel word in bylae 8G (p.232) aangetoon.

8.6.4 Rangorde van belangrikste items

In die finale stadium is die gekombineerde rangordelys gebruik om die vyf belangrikste items ten opsigte van die onderskeie mediakategorieë te identifiseer. Die vyf belangrikste items vir elke mediakategorie, in prioriteitsvolgorde, word vervolgens aange-
toon. Dit sal in paragraaf 8.7 verder toegelig word.

Algemene koderingsriglyne:

- * "The design or presentation must reflect the nature of subject matter objectively (A2).
- * Avoid information overload (A9).
- * The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn (A5).

- * The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion (A3).
- * The presentation must be based on the current knowledge and skills of the intended audience (A6)".

Koderingsriglyne vir grafika en illustrasies:

- * "Use simple diagrams for explaining complex concepts (B5).
- * Adapt technical aspects such as layout, type size and colour to the format and capabilities of the medium of communication (B3).
- * Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained (B6).
- * Colour must be realistic and lifelike (B1).
- * Use a minimum of captions with graphics and illustrations (B7)".

Riglyne vir tekskodering:

- * "Factual information and spelling in text must be accurate (C2).
- * Use vocabulary that is familiar to the audience (C1).
- * Structure information in a manner that is logical to the audience (C4).
- * Summarize main points (C7).
- * Visualize text by means of clarifying illustrations, diagrams and graphs (C6)".

Koderingsriglyne vir oudiovisuele programme:

- * "The program must capture and hold the attention of the audience (D1).
- * Sound (commentary, music) must be clear and audible throughout (D9).
- * Use of a stimulating voice for reading commentary to visuals (D11).
- * Avoid disturbing camera movements and interfering background objects (D8).
- * Music and sound effects must not overpower commentary (D5)".

Koderingsriglyne vir sosio-kulturele kontekstualisering:

- * "The lower the reading skills of the audience, the more simple the language (E8).
- * The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used (E5).
- * The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture image and real objects which they depict (E4).
- * The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design and speed of presentation (E3).
- * Translate text into the most common local dialect (E7)".

8.7 BESPREKING

Uit hierdie ondersoek is voldoende data gegenereer om spesifieke bevindinge en gevolgtrekkings te formuleer:

- * Kommunikasiebeginsels (vr A4, A9) behoort hoër prioriteit as opvoedkundige oorwegings (vr A5, A3, A6) te geniet, alhoewel die rol van laasgenoemde nie geïgnoreer kan word nie.
- * Deeglike teikengehoorontleding is deurslaggewend om die toepaslikheid van boodskappe te verhoog.
- * Alhoewel tegnieke wat fokus op emosionele betrokkenheid (vr A7) minder belangrik as feitelike doelwitte (vr A6) is, word die belangrikheid van stimulerende boodskapkodering in drie prioriteitsriglyne beklemtoon (vr A5, D1, D11).
- * Alhoewel spesifieke tegniese inkleding van boodskappe nie onderskat behoort te word nie, is die gebruik van visuele effekte (vr D16) en sterk gedefinieerde grafiese styl (vr B4) as minder belangrik beskou.
- * In boodskapontwerp vir sosio-kulturele kontekstualisering is die rol van 'n teikengehoor se geletterdheidsvlak en kultuurspesifieke taalgebruik die belangrikste kriteria wat boodskaptoepaslikheid bepaal. Vier prioriteitsriglyne in hierdie kategorie (80%) verwys na die invloed van geletterdheid wanneer vertolking van boodskappe ter sprake kom.

Alhoewel die resultate van hierdie ondersoek nuwe insigte na vore gebring het, sou dit naïef wees om finale voorskriftelike riglyne vir boodskapkodering te probeer formuleer. Marsh (1983:124) waarsku juis teen pogings om waterdigte formules vir die ontwerp van dinamiese onderriggrafika neer te lê en maak die aanbeveling dat enige sistematiek met die oog op verbetering van visuele kommunikasie verkieslik op beskrywende riglyne, eerder as enge voorskrifte, behoort uit te loop.

Die identifisering van die vyf belangrikste koderingriglyne in die onderskeie mediakategorieë impliseer nie dat die ander items wat in die vraelys aangetoon is, onbelangrik is nie - dit is slegs *minder* belangrik. Sodanige "minder belangrike" riglyne is met ander woorde steeds bruikbaar en kan inderdaad bydra om die toepaslikheid van boodskappe te verhoog.

Die ondersoek het bepaalde tekortkominge getoon wat uitgelig moet word. 'n Groter populasie sou die geldigheid van resultate verhoog. Daar is egter gemotiveer waarom die betreklik klein populasie in die geval van die dieetkundiges gebruik is, terwyl 'n groter getal mediakundiges nie in Suid-Afrika beskikbaar is nie. Die algemene aard van sommige toetsitems (byvoorbeeld vrae B2, B4, C12, D8 en E1) en lengte van die vraelys het beperkinge geplaas op die generering van omvattende tegniese koderingsriglyne vir die verskillende mediakategorieë. In die lig van die strategie van hierdie ondersoek, naamlik om die geheelbeeld te behou, was die fyner nuanserings onnodig. Opvolgondersoeke wat op elke afsonderlike mediakategorie fokus, sou tekortkominge in dié verband kon oorbrug.

'n Onverwagte bevinding was die beduidend positiewe korrelasie tussen die sienings van die mediakundiges en die dieetkundiges. Dié bevinding staan in kontras met Borton en Rossett (1989) se resultate in 'n soortgelyke ondersoek, waarna reeds verwys is. 'n Faktor wat waarskynlik tot die positiewe korrelasie bygedra het, is die feit dat tagtig persent van mediakundiges en bykans sewentig persent van die dieetkundiges een of ander vorm van opleiding in aspekte van mediaproduksie ontvang het. 'n Vergelykende studie waarin mediagebruikers met geen vorige ondervinding of opleiding in mediaproduksie betrek word, sou moontlik ander resultate toon. Die afleiding kan egter gemaak word dat opleiding in aspekte van boodskapontwerp en mediaproduksie moontlik voordele vir mediagebruikers by gesondheidsopvoeding kan inhou, byvoorbeeld deur beide hulle mediakundigheid te verhoog en toepaslike mediavaardighede te ontwikkel. Terselfdertyd kan afgelei word dat die betrokkenheid van beide mediaspesialiste en die gesondheidsprofessies as mediagebruikers in ontwerp van toepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding noodsaaklik is.

In geheel gesien, het die bevindinge die hipotese gesteun, naamlik dat boodskapkodering in mediagebruik by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon wat deur spesifieke beginsels vir boodskaptoepaslikheid ondersteun word.

8.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is groter duidelikheid oor die belangrikste riglyne vir toepaslike boodskapontwerp by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap verkry. Ten spyte van tekortkominge soos die relatief klein populasie wat betrek is, het die ondersoek wel nuwe insigte na vore gebring. Die belangrikste bydrae is die prioritisering van koderingsriglyne vir onderskeidelik grafiese ontwerp en illustrasie, teksontwerp, oudiovisuele programontwerp en sosio-kulturele kontekstualisering van boodskappe. Alhoewel die response van die mediakundiges en dieetkundiges in hierdie ondersoek afsonderlik verskil het, was 'n algemene hoë korrelasie tussen die sienings van die twee groepe wel opmerklik. Sodoende is die formulering van algemeen geldige ontwerpriglyne vergemaklik.

Spesifieke afleidings is uit die bevindinge gemaak, byvoorbeeld dat kommunikasiebeginsels (vir die betrokke populasie) hoër prioriteit as opvoedkundige oorwegings behoort te geniet. Ten opsigte van die sosio-kulturele kontekstualisering van boodskappe is die rol van teikengehoorontleding, met verwysing na veral die spesifieke groep se geletterdheidsvlak en taalgebruik as die belangrikste bepalende koderringsriglyne geïdentifiseer. Uiteindelik behoort die resultate van hierdie ondersoek by riglyne oor boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap ingesluit te word om die kwaliteit van boodskappe te verbeter. Die resultate word gevolglik geïnkorporeer in 'n modelontwerp vir boodskaptoepaslikheid wat in die volgende hoofstuk beskryf word.

Bylae 8A Vraelys vir empiriese ondersoek oor koderingsriglyne

Questionnaire

Q. Nr 1-3Card 4

DESIGN CRITERIA FOR HEALTH LEARNING MATERIALS

Instructions

- The term **criterion** refers to a principle or standard as guideline for assessment.
- **Health learning materials** are those media (illustrations, printed matter, slides, videos, etc) which are selected and or designed with the learning needs of particular patients, groups or communities in mind.
- The term **audience** refers to any individual or group of people in need of health education.
- Two types of **responses** are required:

i) Fill in your answer on the blank line.

Example: State the number of health education posters you have produced yourself.

4

ii) Put a cross in the appropriate box that represents your answer best, by using the following response scale:

6 = Most important	_____	↓	0	1	2	3	4	5	6
5 = Important	_____	↓							
4 = Preferable	_____	↓							
3 = Unimportant	_____	↓							
2 = Definitely unimportant	_____	↓							
1 = Meaning unclear	_____	↓							
0 = Not applicable	_____	↓							

Example: Illustrations should be clear, simple and bold.

PART 1 : DETAILS OF RESPONDENT

The details in this section are required for record keeping and statistical purposes. You are not required to fill in your name.

1 Put a cross in the appropriate box to indicate your particular profession category:

Graphic designer / Medical illustrator / Photographer /

Video producer 1

Media Director / Educational Technologist 2

Other (specify) 3

FOR ADMIN.

☐ 5

Continued on next page...

FOR ADMIN.

- 2

Indicate the total number of years you have been involved in instructional materials, design and production.
- 3

Put a cross in the appropriate box to indicate whether you have received any formal or non-formal training in design and production of instructional materials.

Yes

No
- 6-7
- 1

2

8

PART 2 : DESIGN CRITERIA

Indicate the extent of importance of each design criterion in the different sections, by using the following response scale:

- 6 = Most important

5 = Important

4 = Preferable

3 = Unimportant

2 = Definitely unimportant

1 = Meaning unclear

0 = Not applicable

A General design criteria

- A1

The educational function of audiovisual resources must receive more attention than entertainment or artistic merit.

0

1

2

3

4

5

6
- A2

The design or presentation must reflect the nature of subject matter objectively.

0

1

2

3

4

5

6
- A3

The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion.

0

1

2

3

4

5

6
- A4

The design or presentation must be simple enough to put the message across in a clear non-confusing manner.

0

1

2

3

4

5

6
- A5

The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn.

0

1

2

3

4

5

6
- A6

The presentation must be based on current knowledge and skills of the intended audience.

0

1

2

3

4

5

6
- A7

The design or presentation must stimulate emotional reaction in the audience.

0

1

2

3

4

5

6
- A8

Avoid a style that may evoke negative audience response such as fear, hostility or distaste.

0

1

2

3

4

5

6
- A9

Avoid information overload.

0

1

2

3

4

5

6
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17

B Graphics & Illustration design criteria

- | | | FOR ADMIN. |
|---|---------------|-----------------------------|
| B1 Colour must be realistic and lifelike. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 18 |
| B2 Utilize cartoons to present sensitive or serious topics in a less threatening manner. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 19 |
| B3 Adapt technical aspects such as layout, type size, and colour to the format and capabilities of the medium of communication. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 20 |
| B4 The bolder the graphics or illustration the better. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 21 |
| B5 Use simple diagrams for explaining complex concepts. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 22 |
| B6 Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 23 |
| B7 Use a minimum of captions with graphics and illustrations. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 24 |
| B8 Utilize the symbolic and expressive function of different colours to emphasize certain aspects. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 25 |

C Text design criteria

- | | | |
|---|---------------|-----------------------------|
| C1 Use vocabulary that is familiar to the audience. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 26 |
| C2 Factual information and spelling in text must be accurate. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 27 |
| C3 Utilize text organizers such as an index and paragraph headings to make it more digestible. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 28 |
| C4 Structure information in a manner that is logical to audience. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 29 |
| C5 Explain the relevancy of theory by means of applications. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 30 |
| C6 Visualize text by means of clarifying illustrations, diagrams, and graphs. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 31 |
| C7 Summarize main points. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 32 |
| C8 Put headings and sub-headings in the form of questions, rather than statements. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 33 |
| C9 Put sub-headings in the left margin, rather than in the centre of the page. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 34 |
| C10 Incorporate blank ("white") space to make the text layout less crowded. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 35 |
| C11 Use words with precise meaning. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 36 |
| C12 Make positive rather than negative (eg "do not") statements. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 37 |
| C13 Use the active tense (eg "take care"), rather than the passive tense (eg "is being cared for"). | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 38 |
| C14 Utilize typography (eg a variety of text character, type size, layout, etc) to make the text more attractive. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 39 |

D Audio-visual programme design criteria

- | | | |
|--|---------------|-----------------------------|
| D1 The programme must capture and hold the audience's attention. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 40 |
| D2 Utilize motion rather than still pictures in video and TV. | 0 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> 41 |

Continued on next page...

		FOR ADMIN.
D3 Visual and sound communication channels used simultaneously must complement each other, rather than duplicate information.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 42
D4 Projected visuals must be displayed in landscape (horizontal), rather than upright (portrait) format.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 43
D5 Music and sound effects must not overpower commentary.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 44
D6 Utilize props (stage equipment) and settings which are familiar to the audience.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 45
D7 Keep visual continuity in programmes (eg by people wearing the same outfit in different sequential scenes).	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 46
D8 Avoid disturbing camera movement and interfering background objects.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 47
D9 Sound (commentary, music) must be clear and audible throughout.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 48
D10 Indicate bibliographic details such as the name of author, producer, date, and subject.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 49
D11 Use a stimulating voice for reading commentary to visuals.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 50
D12 Avoid the "talking head" error (showing only a person talking or giving a lecture throughout).	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 51
D13 Present objects in the same way that people usually see it by themselves.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 52
D14 Repeat or summarize key aspects.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 53
D15 Structure content in the typical lecture format (an introduction, body of information, and conclusion/summary).	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 54
D16 Avoid packing a programme with special effects (eg fades, wipes, dissolves, etc).	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 55
E Socio-cultural context design criteria		
E1 Pictures and text must be culture and language specific, rather than aimed at various different audiences.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 56
E2 The presentation must reflect the culture, values, beliefs, and perceptions of the intended audience.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 57
E3 The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design, and speed of presentation.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 58
E4 The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture images and real objects they depict.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 59
E5 The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used.	0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 60
Continued on next page...		

		FOR ADMIN.
E6 The lower the literacy level of the audience, the less pictorial perspective (showing depth) should be used.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 5
E7 Translate text into the most common local dialect.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
E8 The lower the reading skills of the audience, the more simple the language.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
E9 The wider the cultural differences between target audiences where a resource will be used, the more irrelevant details should be eliminated.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
E10 The lower the literacy level of the audience, the more structured the presentation in terms of small units.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
E11 The lower the literacy level of the audience, the longer the presentation time.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 10
E12 Use a local narrator for reading video and TV commentary.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 11
E13 The lower the visual literacy level of the audience, the more specific parts of an object are shown together with the full picture.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 12
E14 The lower the visual literacy level of the audience, the more simplified illustrations should be used.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 13
E15 Draw each object in an illustration according to realistic scale in relation to the full picture.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 14
E16 Present facts or pictures of illness and disease together with its cause(s) and the best way of avoiding or healing it.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 15
E17 Use resources which are technolocigally and ecomomically compatible with the audience environment.	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	<input type="checkbox"/> 16
<div>Thank you for your co-operation!</div>		

Bylae 8B. Instellings wat aan empiriese ondersoek deelgeneem het

UNIVERSITEITE

Mediese Universiteit van Suider-Afrika

Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

Randse Afrikaanse Universiteit

Universiteit van Durban-Westville

Universiteit van Kaapstad

Universiteit van Vrystaat

Universiteit van Port Elizabeth

Universiteit van Pretoria

Universiteit van Stellenbosch

Universiteit van Suid-Afrika

Universiteit van Transkei

Universiteit van Witwatersrand

Universiteit van Zoeloeland

TECHNIKONS

Technikon Skiereiland

Technikon Kaapstad

Technikon Mangosuthu

Technikon Natal

Technikon Pretoria

Technikon Setlogelo

Technikon Witwatersrand

Technikon Port Elizabeth

Technikon Noord-Transvaal

Technikon Vaaldriehoek

ANDER

Departement van Nasionale Gesondheid

Mediese Navorsingsraad

**Bylae 8C Begeleidende brief vir
empiriese ondersoek**



24 March 1995.

UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH
UNIVERSITY OF STELLENBOSCH

Dear Colleague,

Research survey: Health Learning Materials Design

Onderzoek: Ontwerp van programmatuur vir gesondheidsopvoeding

Health care in South Africa, as never before, has entered a phase where many innovative changes are taking place, the most important being the shift to more emphasis on primary health care and health education. I am currently doing a post-graduate research study on appropriate health learning materials message design for a multi-cultural developing country. Therefore, I invite you to share your expertise with me, by filling in the short questionnaire included. Although you might not necessarily be qualified in the field of biomedical communication, most questions are of general nature, because many media design criteria are applicable to any subject field, including health learning materials design.

Since you are involved in instructional materials design and/or production you can make a valuable contribution. The findings will eventually have practical benefits for various instructional media producers, and will also be incorporated in a model for South Africa and other developing countries. Therefore, I want to stress the importance of your active response. As far as I know, it is the first time ever in South Africa where both media users and media producers jointly have the opportunity to participate in a research project on instructional materials message design.

While the majority of participants is more fluent in English, and is more familiar with the English terminology regarding media design, the questionnaire is presented in English. However, if you have any difficulty in answering some questions, due to the use of your second language, don't hesitate to contact me immediately. I will clarify any aspect if required.

Please complete the questionnaire according to the instructions on the first page, and return it to me before 12 May 1995. Indicate whether you are interested to receive copies of the final results of this survey.

Yours sincerely,, . .

Dr J. Hugo

**Buro vir Geneeskunde- en Tandheelkunde-
onderwys**

Posbus 19063, Tygerberg 7505
Suid-Afrika

Tel. 021 - 938 9434/458, Faks. 021 - 931 7810



Bureau for Medical and Dental Education

PO Box 19063, Tygerberg 7505
South Africa

Tel. 021 - 938 9434/458, Fax. 021 - 931 7810

Bylae 8D. Responsdata van die empiriese ondersoek**MEDIAKUNDIGES DIEETKUNDIGES**

Item	Rekenkundige gemiddelde	Rekenkundige gemiddelde
------	----------------------------	----------------------------

General design criteria

A1	4.7936508	4.2173913
A2	5.2615385	5.0652174
A3	5.2923077	5.4782609
A4	5.7846154	5.7608696
A5	5.4843750	5.5217391
A6	5.1093750	5.5434783
A7	3.9206349	4.5909091
A8	4.7187500	5.1956522
A9	5.5781250	5.7826087

Graphics and Illustration design criteria

B1	4.4193548	4.6822430
B2	4.0793651	4.3364486
B3	5.2307692	5.1818182
B4	4.3968254	4.4205607
B5	5.2307692	5.3761468
B6	5.1230769	5.1481481
B7	4.6290323	4.6470588
B8	4.6000000	4.6448591

Text design criteria

C1	5.5230769	5.6636364
C2	5.7187500	5.7706422
C3	4.8923077	4.8090909
C4	5.4307692	5.3818182
C5	4.7384615	4.8348624
C6	4.9692308	5.0550459
C7	5.0615385	5.1376147
C8	3.7142857	3.7407407
C9	3.5714286	3.5943396
C10	4.3846154	4.5596330
C11	5.0000000	5.0458716
C12	4.6031746	4.8037383
C13	4.5312500	4.7155963
C14	4.3692308	4.3272727

Audiovisual programme design criteria

D1	5.6875000	5.6880734
D2	4.9375000	4.9724771
D3	5.1935484	5.0283019
D4	4.0937500	3.9339623
D5	5.4444444	5.2990654
D6	4.5312500	4.8073394
D7	4.6984127	4.6944444
D8	4.3492063	5.3148148
D9	5.6349206	5.6168224
D10	4.4375000	4.1308411
D11	5.3809524	5.4112150

MEDIAKUNDIGES DIEETKUNDIGES

Item	Rekenkundige gemiddelde	Rekenkundige gemiddelde
------	----------------------------	----------------------------

D12	5.1562500	5.1759259
D13	4.6984127	4.8878505
D14	4.9206349	5.1481481
D15	4.6875000	4.6415094
D16	4.5161290	4.5849057

Sosio-cultural context design criteria

E1	5.0444444	4.6093750
E2	5.4888889	4.7538462
E3	5.5333333	4.9218750
E4	5.5227273	5.0468750
E5	5.5333333	5.0483871
E6	4.0454545	3.9833333
E7	5.4222222	4.8437500
E8	5.6666667	5.0000000
E9	5.1136364	4.8253968
E10	5.9767442	4.7619048
E11	3.1621622	3.0566038
E12	4.5227273	4.0625000
E13	4.4878049	4.3015873
E14	5.3333333	4.8412698
E15	4.7857143	4.5396825
E16	4.6744186	4.6250000
E17	5.2272727	4.7538462

Bylae 8E. Mediakundiges se itemrangordes**ITEM FORMULERING*****General design criteria***

- A4 The design or presentation must be simple enough to put the message across in a clear non-confusing manner.
- A9 Avoid information overload.
- A5 The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn.
- A3 The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion.
- A2 The design or presentation must reflect the nature of subject matter objectively.

Graphics and Illustration design criteria

- B3 Adapt technical aspects such as layout, type size and colour to the format and capabilities of the medium.
- B5 Use simple diagrams for explaining complex concepts.
- B6 Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained.
- B7 Use a minimum of captions with graphics and illustrations.
- B8 Utilize the symbolic and expressive function of different colours to emphasize certain aspects.

Text design criteria

- C2 Factual information and spelling in text must be accurate.
- C1 Use vocabulary that is familiar to the audience.
- C4 Structure information in a manner that is logical to the audience.
- C7 Summarize main points.
- C11 Use words with precise meaning.

Audiovisual programme design criteria

- D1 The programme must capture and hold the attention of the audience.
- D9 Sound (commentary, music) must be clear and audible throughout.
- D5 Music and sound effects must not overpower commentary.
- D11 Use a stimulating voice for reading commentary to visuals.
- D8 Avoid disturbing camera movement and interfering background objects.

Sosio-cultural context design criteria

- E5 The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used.
 - E4 The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture images and real objects they depict.
 - E8 The lower the reading skills of the audience, the simpler the language.
 - E3 The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design, and speed of presentation.
 - E7 Translate text into the most common local dialect.
-

Bylae 8F. Dieetkundiges se itemrangordes**ITEM FORMULERING*****General design criteria***

- A9 Avoid information overload.
- A4 The design or presentation must be simple enough to put the message across in a clear non-confusing manner.
- A6 The presentation must be based on current knowledge and skills of the intended audience.
- A5 The presentation must stimulate the motivation of the audience to learn.
- A3 The presentation or design must be relevant to the objectives of health promotion.

Graphics and Illustration design criteria

- B5 Use simple diagrams for explaining complex concepts.
- B6 Use graphic symbols that are familiar to the audience, unless its meaning is explained.
- B3 Adapt technical aspects such as layout, type size and colour to the format and capabilities of the medium.
- B1 Colour must be realistic and lifelike.
- B8 Utilize the symbolic and expressive function of different colours to emphasize certain aspects.

Text design criteria

- C1 Use vocabulary that is familiar to the audience.
- C2 Factual information and spelling in text must be accurate.
- C4 Structure information in a manner that is logical to the audience.
- C7 Summarize main points.
- C6 Visualize text by means of clarifying illustrations, diagrams and graphs.

Audiovisual programme design criteria

- D1 The programme must capture and hold the attention of the audience.
- D9 Sound (commentary, music) must be clear and audible throughout.
- D14 Repeat or summarize key aspects.
- D11 Use a stimulating voice for reading commentary to visuals.
- D8 Avoid disturbing camera movements and interfering background objects.

Sosio-cultural context design criteria

- E8 The lower the reading skills of the audience, the simpler the language.
 - E5 The lower the literacy level of the audience, the more pictures and illustrations should be used.
 - E3 The lower the literacy level of the audience, the less details, complexity in design, and speed of presentation.
 - E4 The lower the literacy level of the audience, the higher the similarity between picture images and real objects they depict.
 - E2 The presentation must reflect the culture, values, beliefs and perceptions of the intended audience.
-

Bylae 8G.

Rangorderesponse van belangrikste koderingsriglyne vir die gekombineerde groep

ITEM	REKENKUNDIGE GEMIDDELDE	RANGORDE
<i>General design criteria</i>		
A4	5.7747748	1
A9	5.6636364	2
A5	5.5000000	3
A3	5.3693694	4
A6	5.2909091	5
<i>Graphics and Illustration design criteria</i>		
B5	5.3761468	1
B3	5.1818182	2
B6	5.1481481	3
B1	4.6822430	4
B7	4.6470588	5
<i>Text design criteria</i>		
C2	5.7706422	1
C1	5.6636364	2
C4	5.3818182	3
C7	5.1376147	4
C6	5.0550459	5
<i>Audiovisual programme design criteria</i>		
D1	5.6880734	1
D9	5.6168224	2
D11	5.4112150	3
D8	5.3148148	4
D5	5.2990654	5
<i>Sosio-cultural context design criteria</i>		
E8	5.2727273	1
E5	5.2523364	2
E4	5.2407407	3
E3	5.1743119	4
E7	5.0825688	5

Hoofstuk 9

**BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN MEDIAGEBRUIK VIR GESONDHEIDSOPVOEDING
BINNE 'N SUID-AFRIKAANSE MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE
GEMEENSKAP: 'N MODELONTWERP**

9.1	INLEIDING	233
9.2	'N MODELONTWERP VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID BY GESONDHEIDSOPVOEDING BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP IN SUID-AFRIKA	233
9.2.1	Situasie-analise	234
9.2.1.1	Die RSA se gesondheidstatus	234
9.2.1.2	Aspekte van die RSA se nuwe gesondheidsplan	236
9.2.1.3	Die VIGS-situasie in die RSA	237
9.2.1.4	Die TB-situasie in die RSA	239
9.2.1.5	Die geletterdheidsituasie in die RSA	241
9.2.1.6	Die demografiese profiel van die RSA	242
9.2.1.7	Die kommunikasie-infrastruktuur in die RSA	243
9.2.1.8	Mediagebruikspatrone en mediateikenmarkte in die RSA	245
9.2.2	Sleutelkomponente van die model vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding in die RSA	251
9.2.2.1	Die strukturele hoekstene	252
9.2.2.2	Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding	252
9.2.2.3	Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie	254
9.2.2.4	Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik	256
9.2.2.5	Riglyne vir sosio-kulturele sensitiwiteit	262
9.2.2.6	Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie	263
9.2.2.7	Riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid	267
9.2.2.8	Sintese	275
9.3	'N TEORETIESE TOEPASSING VAN DIE MODEL BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP IN DIE RSA	281
9.3.1	Keuse van gemeenskap, teikengroepe en boodskap- onderwerpe	281
9.3.1.1	Riglyne vir VIGS-opvoeding aan tieners in Khayelitsha	283
9.3.1.2	Riglyne vir TB-opvoeding aan volwassenes in Ravensmead	286
9.3.1.3	Bespreking	289
9.3.2	Wyer toepassingsmoontlikhede	291
9.4	SAMEVATTING	292

Hoofstuk 9

BOODSKAPTOEPASLIKHEID IN MEDIAGEBRUIK VIR GESONDHEIDSOPVOEDING BINNE 'N SUID-AFRIKAANSE MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP: 'N MODELONTWERP

9.1 INLEIDING

Mediaboodskappe is 'n dinamiese verskynsel wat alle fasette van mense se gesondheid, welsyn en ontwikkeling in die daaglikse lewe raak. Media en boodskappe staan met ander woorde nie los van die spesifieke situasie waarin kommunikasie plaasvind nie. Davies (1983:19) skryf hieroor: "Media are not peripheral but central to the concept of human reliability. They lie at the interface, the point at which people meet and interact, influence each other, communicate with each other. Through media, opportunities are realized". 'n Dure les wat mediagebruikers in gesondheidsopvoeding egter oor die afgelope twee dekades geleer het, is dat die toepaslikheid van boodskappe verlaag indien dit nie op 'n duidelik gedefinieerde teikengehoor gemik is en die sosio-kulturele konteks van teikengehoore in ag geneem word nie. Daarom word groter relevansie in hedendaagse programme vir gesondheidsopvoeding op alle vlakke beklemtoon, byvoorbeeld deur die doelwitte, inhoud, metodes en kommunikasiemedie by die behoeftes en omstandighede van spesifieke teikengroepe en gemeenskappe aan te pas. Sodoende kan onderskei word tussen toepaslike boodskappe en ontoepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding in 'n ontwikkelende gemeenskap.

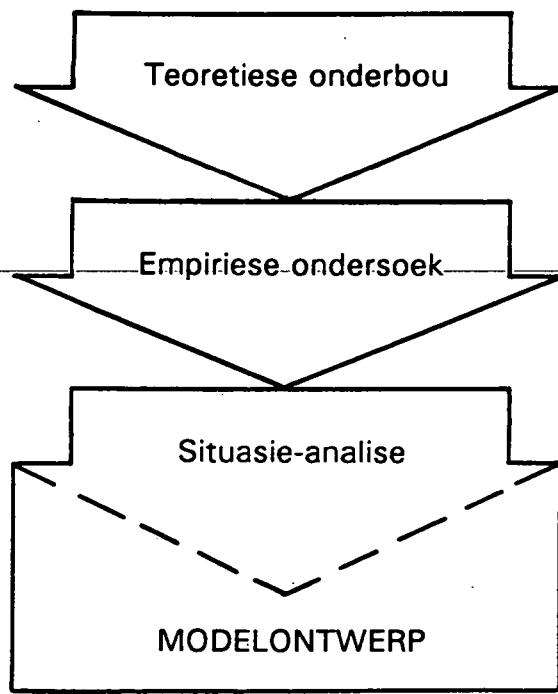
Volgens Hagard (1996:37) behoort die bekende strategie van die Wêreld Natuurbe-
waringsbeweging, naamlik "Think globally, Act locally", ook op die terrein van
gesondheidsopvoeding toegepas te word. By implikasie behoort algemene riglyne
verbesonder te word in spesifieke situasies om die gesondheid van individue en
gemeenskappe op voetsoolvlak te verbeter. Hierdie hoofstuk het derhalwe 'n model-
ontwerp ten opsigte van boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n
multikulturele ontwikkelende gemeenskap in Suid-Afrika ten doel. Ten einde die rele-
vansie van die model te verhoog, word belangrike situasionele invloedsfaktore aan-
vanklik ondersoek waarna die bespreking van die modelontwerp volg. Die hoofstuk
sluit af met 'n toepassing van die riglyne in die betrokke model deur middel van 'n
teoretiese raamwerk vir gesondheidsopvoedingboodskappe oor VIGS en tuberkulose in
twee ontwikkelende gemeenskappe van die Wes-Kaap.

9.2 'N MODELONTWERP VIR BOODSKAPTOEPASLIKHEID BY GESOND- HEIDSOPVOEDING BINNE 'N MULTIKULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSKAP IN SUID-AFRIKA

Die model wat in hierdie hoofstuk voorgehou word, is die produk van die navor-
singsresultate van die voorafgaande hoofstukke tesame met data wat deur middel van
'n analise van die Suid-Afrikaanse situasie verkry is, soos figuur 9.1 voorstel. Die re-

sultate van die teoretiese onderbou en empiriese ondersoek word dus in die modelontwerp geïnkorporeer. In hoofstuk vier is algemene faktore, wat 'n invloed op gesondheidsopvoeding in multikulturele ontwikkelende gemeenskappe het, bespreek. So-danige invloedsfaktore geld inderdaad ook vir gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika. Met spesifieke oog op die modelontwerp word hierdie hoofstuk ingelei met 'n ondersoek van enkele verdere relevante invloedsfaktore binne konteks van die Suid-Afrikaanse situasie.

Figuur 9.1 Grondliggende skema vir die modelontwerp



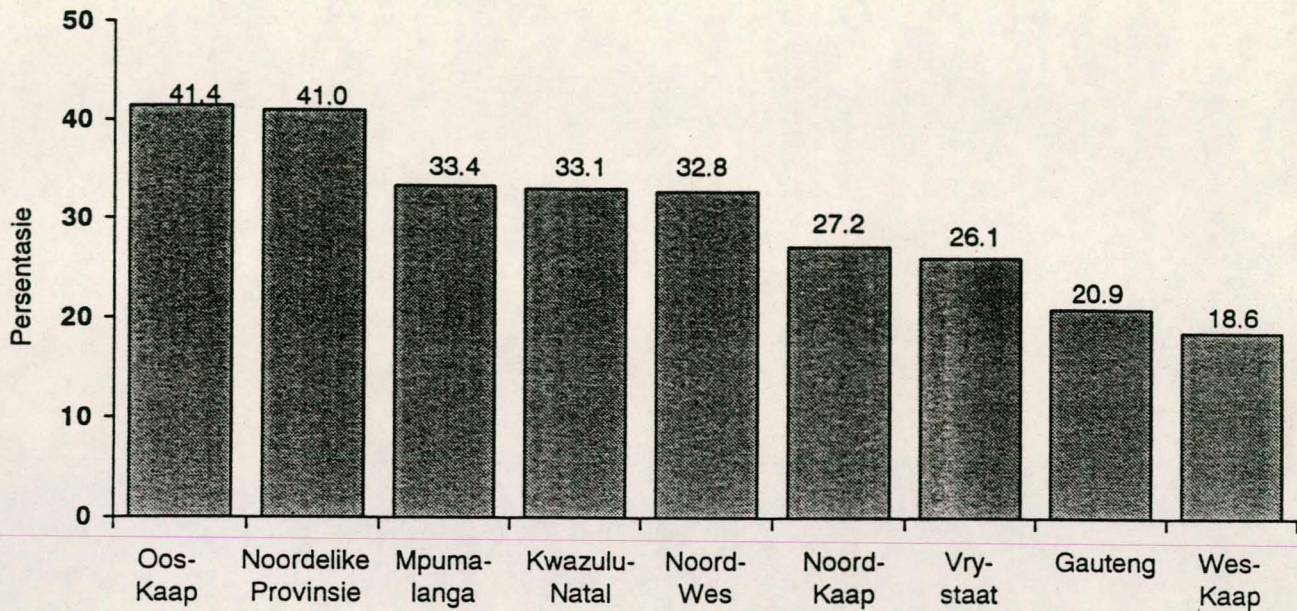
9.2.1 Situasie-analise

9.2.1.1 Die RSA se gesondheidstatus

In hierdie ondersoek is dit onmoontlik om die verskillende dimensies van Suid-Afrika se gesondheidstatus volledig te bespreek. Derhalwe word volstaan met 'slegs 'n oorsigtelike perspektief.

Suid-Afrika toon in vele opsigte 'n noue ooreenkoms met die profiel van ander ontwikkelende lande, byvoorbeeld ten opsigte van bevolkingsaanwas, ekonomiese groei, gesondheidstatus, geletterdheid en werkloosheid. Die land se ekonomie toon sedert die vroeë tagtigerjare 'n negatiewe groei, wat meebring dat Suid-Afrika onder die laaste twintig persent ekonomies vermoënde lande ter wêreld gegroepeer word. Daarom word Suid-Afrika as 'n lae- tot middel-inkomsteland beskou (World Bank 1993:238-295). Figuur 9.2 toon die vergelykende persentasiewerkloos vir elk van die

Figuur 9.2 Persentasie werklooses in provinsies van die R.S.A. (Sentrale Statistiekdiens 1995)



nege provinsies in 1995. Daar is duidelike verskille in die aantal ekonomies aktiewe bevolking in die onderskeie provinsies. Werkloosheid is byvoorbeeld in die Wes-Kaap relatief laag (18,6 persent), terwyl die Oos-Kaap en Noordelike provinsie die hoogste werkloosheidsyfer het, onderskeidelik 41,4 persent en 41,0 persent.

Met verwysing na verskillende ontwikkeling- en gesondheidsindikatore soos per capita inkomste, lewensverwagting, kindermortaliteit, toeganklikheid tot huishoudelike waterbronne en bevolkingsaanwas word Suid-Afrika saam met ander ontwikkelende lande soos Thailand, Pole, Chili, Brazilië, Maleisië en Venezuela gegroepeer. In 1992 was die gemiddelde lewensverwagting vir Suid-Afrikaanse volwassenes 63 jaar, teenoor 63 jaar in Asië en 67 in Suid-Amerikaanse lande. Die voorkoms van kindermortaliteit (aantal jaarlikse kindersterftes onder eenjarige ouderdom per 1000 geboortes) was gemiddeld 53 in die RSA teenoor 54 in Suid-Amerika, terwyl die gemiddelde bevolkingsaanwas (aantal geboortes per 1,000) in die RSA 31 was, teenoor 24 in Brazilië en 38 in Venezuela (World Development Report 1993:292-293).

Die ontwikkelende komponent van die Suid-Afrikaanse samelewing (wat meestal die swart- en kleurling-gemeenskappe verteenwoordig), vertoon 'n gesondheidsprofiel waarin verskillende maatskaplike invloedsfaktore soos armoede en gebrek aan basiese lewensmiddele sterk na vore tree. Spesifieke siektes wat in hierdie gemeenskappe voorkom, is voedingsgebreksiektes, tuberkulose, masels en ingewandkoors (Van Rensburg *et al.* 1992:133). Hierbenewens is die totale Suid-Afrikaanse bevolking nie

van die wêreldwye VIGS-epidemie uitgesluit nie. Die tendense oor laasgenoemde siekte word in 'n afsonderlike paragraaf bespreek.

In geheel toon die Suid-Afrikaanse siekte- en sterfteprofiel 'n gemengde eerder as 'n uniforme patroon, met vele uiterstes. Oor die algemeen kan onderskei word tussen 'n kenmerkend ontwikkelde komponent (meestal in blanke en Asiër-gemeenskappe) wat die gesondheidsprofiel van die situasie in ontwikkelde Westerse lande aanneem. Siektes soos vetsug en hartvatsiektes wat uit 'n Westerse lewenstyl voortvloei, kom dikwels onder hierdie groepe voor. Daarenteen toon die RSA 'n steeds groter komponent van gemeenskappe met tiperende kenmerke van die ontwikkelende wêreld, weens faktore soos ongeletterdheid, die oneweredige verspreiding van welvaart en beskikbare hulpbronne vir onder meer onderwys en primêre gesondheidsorg. Meer as vyf-en-sewentig persent van die arm komponent van die land se bevolking woon in die landelike gebiede van die voormalige tuislande en selfregerende gebiede van Transkei, Boputhatswana, Venda en Ciskei (Reconstruction and Development Report 1995:3-16).

9.2.1.2 Aspekte van die RSA se nuwe gesondheidsplan

Volgens die nuwe gesondheidsbeleid wat vir die RSA sedert die 1994 verkiesing nagestreef word, word primêre gesondheidsorg as grondslag vir die bevordering van die gesondheidstatus van al die land se verskillende gemeenskappe beskou, veral vir dié gemeenskappe wat histories benadeel is. Volgens die konsepdokument van die African National Council (ANC 1994:60) word 'n kontinuum van gesondheidsorgdienste op verskillende vlakke beoog ten einde mediese sorg vir alle gemeenskappe toeganklik te maak. Voorkomende opvoeding word as 'n belangrike strategie in dié nasionale plan vir gesondheidsorg beklemtoon. Hierbenewens is die ontwikkeling van toepaslike tegnologie vir die verskillende behoeftes van primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika ook 'n hoë prioriteititem in die breë plan van aksie (ANC 1994:34-35). Ter aanduiding van hoe die nasionale gesondheidsplan op provinsiale vlak geïmplementeer behoort te word, stel die riglyn van die Wes-Kaapse provinsiale owerheid dat die gesondheidsdienste in hierdie provinsie op so 'n wyse voorsien sal word om te verseker dat die dienste:

- * binne konteks van die plaaslike behoeftes en omstandighede verantwoordbaar is;
- * vir die spesifieke behoeftes van individue ten opsigte van ras, ouderdom, geslag, seksuele oriëntering, sosio-ekonomiese klas, godsdiens, beroep en aard van gestremdheid sensitief is;
- * die dienste gelykwaardig, bekostigbaar, toeganklik, relevant, doeltreffend en toepaslik is; en

- * die belangrikheid van evaluering, opvoeding, opleiding en navorsing, in aansluiting by die provinsiale en nasionale behoeftes rondom gesondheidsorg, erken.

Hierbenewens het pasiënte in hierdie provinsie die keuse om enige van die drie amptelike tale van die provinsie, naamlik Afrikaans, Engels en Xhosa, by instellings vir openbare gesondheidsorg te gebruik (Western Cape Government Health Plan 1995:3-8).

Oor gesondheidsopvoeding het Ebrahim Rasool, die Minister van Gesondheid van die Wes-Kaap, onlangs in 'n persverklaring beklemtoon dat gesonde lewenstyl oor 'n wye front bevorder moet word om die klem na siektevoorkoming te verskuif en sodoende hospitale se werkklas in tradisionale kuratiewe gesondheidsorg te verlig. Daarom beoog die betrokke departement 'n omvattende program vir openbare gesondheidsopvoeding en bewusmaking ten einde 'n gesonde lewenstyl in die provinsie te verbeter (Rasool 1996).

9.2.1.3 Die VIGS-situasie in die RSA

Dit is reeds tevore gestel (vide, h1:18) dat die VIGS-epidemie een van die wêreld se grootste huidige en toekomstige gesondheidsprobleme is en opvoeding tans die enigste erkende strategie vir doeltreffende beheer asook voorkoming van dié ongeneeslike siekte is. Oor die algemeen toon die VIGS-epidemie in Suid-Afrika dieselfde patroon as in ander ontwikkelende lande. Die eerste twee slagoffers van VIGS is in 1982 by blanke homoseksuele mans in Pretoria gediagnoseer. Sederdien het dit egter duidelik geword dat VIGS die meeste onder persone met heteroseksuele geslagsverhoudings voorkom (Ijsselmuiden *et al.* 1988:457).

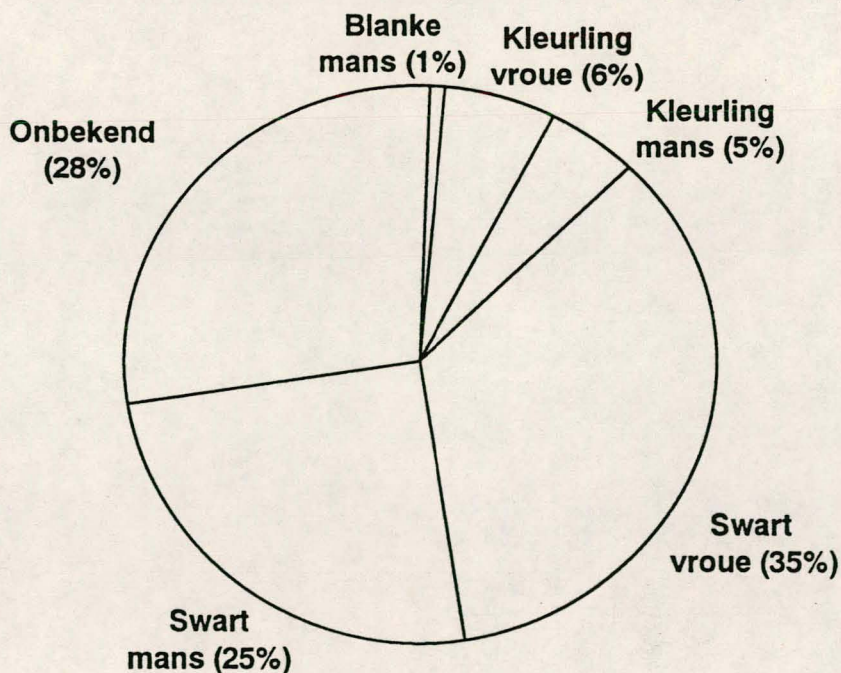
Alhoewel die werklike omvang van die VIGS-epidemie nie akkuraat bepaal kan word nie, het Suid-Afrika met 'n snel groeiende VIGS-populasie te kampe. Na skatting was daar teen 1995 meer as 1,8 miljoen VIGS-lyers in Suid-Afrika (ongeveer 4,3 persent van die totale bevolking en 7,8 persent van alle volwassenes). Tot sewe honderd nuwe gevalle van HIV-infeksie kom daagliks voor (Van der Vliet 1995:13).

Die hoogste voorkoms van VIGS is tans in stedelike gebiede, maar die epidemie versprei ook vinnig in plattelandse gebiede, veral in dorpe wat op nasionale padvervoeroetes geleë is (Ijsselmuiden *et al.* 1988:457). Volledige gestratifiseerde data oor die voorkoms van VIGS by verskillende bevolking- en ouderdomsgroepe is nog nie beskikbaar nie. 'n Nasionale monitorprogram van die Departement Gesondheid (1996:2-16) het wel sedert 1989 insiggewende feite na vore gebring. In die betrokke projek word, volgens internasionale praktyk, slegs verwagte moeders by voorgeboorteklinieke vir VIGS ondersoek. In 1996 het die grootste persentasie van positiewe VIGS-gevalle in Kwazulu-Natal en Mpumalanga voorgekom (onderskeidelik 18,23 persent en 16,15 persent van die totale vroulike bevolking). Die laagste persentasie gevalle het in die Wes-Kaap voorgekom (1,66 persent), terwyl die hoogste toename oor die afgelope

twee jaar in die Noord-Kaap en Gauteng voorgekom het - bykans drie maal en twee maal meer gevalle onderskeidelik as die situasie in 1994. Sedert 1993 het die gevalle van HIV infeksie in alle ouderdomsgroepe onder veertig jaar toegeneem. Die hoogste voorkoms was by vroue in die ouderdomsgroep 20 tot 24 jaar. Tussen 10 en 13 persent van die vrouepopulasie in die ouderdomsgroep 15 en 29 jaar het VIGS, terwyl tien persent van alle tienermeisies met die HI-virus besmet is.

Alhoewel die program nie die voorkoms van VIGS onder mans bepaal nie, word dit aanvaar dat die insidensiepatroon by mans min of meer dieselfde as by vroue is. Mans word egter op 'n later ouderdom as vroue positief gediagnoseer (Department of Health and Population Development 1987:43; Shapiro *et al.* 1990:623). Hierdie patroon word bevestig deur resultate van laboratoriumtoetse oor VIGS-insidensie onder verskillende bevolkingsgroepe in die Wes-Kaap wat sedert 1996 versamel word. Uit die data vir die eerste vier maande van 1996 blyk dit dat die meeste gevalle in die Wes-Kaap onder swart vroue (35 persent) en swart mans (25 persent) voorgekom het, terwyl 28 persent van die gevalle nie per bevolkingsgroep geïdentifiseer kan word nie (figuur 9.3).

Figuur 9.3 Voorkoms van Vigs onder verskillende geslagte en bevolkingsgroepe in die Wes-Kaap: Januarie - April 1996
(HIV Surveillance Bulletin, Vol. 2, No. 1, July 1996)



Aanduidinge bestaan verder (HIV Surveillance Bulletin July 1996, Vol 2, No 1:3-4) dat VIGS binne elke provinsie in 'n mindere of meerdere mate in bepaalde gebiede voorkom. In die Wes-Kaap toon die aantal HIV positiewe gevalle 'n skerp toename in onder andere die volgende gebiede:

- * Paarl-Stellenbosch-Wellington (22 gevalle in 1991 teenoor 221 in 1995);
- * Boland (32 gevalle in 1991 teenoor 228 in 1995); en

- * voorstedelike gebiede asook plakkerwoongebiede wat na die twee groot akademiese hospitale, naamlik Grootte Schuur Hospitaal (39 gevalle in 1991 teenoor 731 in 1995) en Tygerberg Hospitaal (78 gevalle in 1991 teenoor 478 in 1995), dreineer.

Laasgenoemde gebied sluit onder andere Guguletu, Nyanga, Khayelitsha en Langa in, wat as laer sosio-ekonomiese gebiede geklassifiseer kan word. In hierdie spesifieke areas neem VIGS met dieselfde tempo toe as in bekende hoë-insidensiegebiede soos KwaZulu-Natal. Die spesifieke dorpe en woongebiede wat in bogenoemde areas ingesluit is, word in bylae 9A (p.292) aangetoon.

Die effektiwiteit van VIGS-voorkomingprogramme en VIGS-opvoeding in Suid-Afrika staan tans onder verdenking. Die negatiewe rol van swak kommunikasie, ondoeltreffende voorkomende opvoeding en ontkenning van die epidemie in sekere gemeenskappe kan nie onderskat word nie. Die stof wat deur die *Sarafina II*-debakel in 1996 ontketen is, het nog nie gaan lê nie en verbloem die onvermoë van die regering om die epidemie effektief te bekamp. Party mense glo steeds dat die boodskap van kondoomgebruik vir "veilige seks" net bangmaaktaktiek is om die bevolkingsgroei in toom te hou, terwyl ander sê dat hul lewe in elk geval deur die hoë voorkoms van openbare geweld bedreig word en dat die moontlikheid van VIGS dus van minder belang is (Van der Vliet 1996:13). Dit blyk dat die huidige kommunikasiestrategieë en inligtingsaksies vir VIGS-bewustheid in bepaalde ontwikkelende gebiede en onder risikogroepe soos die jeug nie doeltreffend is nie, want "...people in townships are to a large extent still unaware of it, with the youth denying its existence" (Du Plessis 1997:10).

Teen die agtergrond van mislukkings van die verlede is nuwe inisiatiewe vir VIGS-voorkoming onlangs deur die Suid-Afrikaanse regering geloods. Die mees onlangse nasionale riglyne beklemtoon die rol van meer formele en nie-formele opvoedingsprogramme oor lewensvaardighede vir die jeug, asook intensiewer benutting van verskillende kommunikasiemedie, met inbegrip van die massamedie. Na aanleiding van bekende openbare politieke slagspreuke in aanloop tot die eerste demokratiese verkiesing in 1994 word die nuwe slagspreuk, "*The NEW STRUGGLE, the fight against AIDS*", vir die regering se VIGS-veldtog gebruik. Die grondliggende filosofie is dat die omvattende nasionale aksie (struggle) van die African National Congress wat tot politieke bevryding van die meerderheid Suid-Afrikaners gelei het, op soortgelyke wyse in 'n omvattende nasionale aksie toegepas moet word om die algemene onkunde en vrees rondom VIGS teen te werk (Du Plessis 1997:4-5).

9.2.1.4 Die TB-situasie in die RSA

TB (tuberkulose) is volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie ongetwyfeld die mees bedreigende en ook onderbeklemtoonde wêreldepidemie (Porter *et al.* 1993:10-12). President Mandela en ander bekende Suid-Afrikaanse openbare figure soos aartsbiskop Desmond Tutu asook Margaret Gardiner was slagoffers van die siekte. In Suid-

Afrika is TB in die verlede as 'n laeprioriteitsiekte beskou, maar die Minister van Gesondheid het TB in 1996 tot "eerste nasionale gesondheidsprioriteit" verklaar (National Department of Health 1997:1). Die New York Times (McNeil 1996:1) het die Wes-Kaap as die "TB-sentrum van die wêreld" beskryf, weens die uitsonderlik hoë voorkoms van die siekte in bepaalde woongebiede van die Kaapse vlakte. Enkele statistiese gegewens stel die skrikwekkende situasie in perspektief.

- * Tuberkulose is die grootste enkele oordraagbare (aansteeklike) siekte ter wêreld - ongeveer 10 miljoen nuwe gevalle word jaarliks aangemeld en een derde van die totale wêreldbevolking het reeds kontak met TB;
- * Ongeveer 160 000 mense doen jaarliks in Suid-Afrika TB op en ongeveer 10 000 mense sterf jaarliks aan die siekte. Indien die snelle toename van TB nie onder beheer gebring word nie, word voorspel dat ten minste 90 000 persone teen die jaar 2005 aan die siekte sal sterf, terwyl 3,5 miljoen terselfdertyd die siekte sal opdoen.
- * In vergelyking met die gemiddelde aantal nuwe gevalle per jaar van 200 per 100 000 persone in lande wat die meeste deur TB getref is, is gemiddeld 560 nuwe gevalle per 100 000 in die betrokke kleurlingwoongebiede gedurende 1996 aangemeld.
- * In elke derde huis op die Kaapse vlakte is 'n nuwe TB-geval die afgelope tien jaar gediagnoseer, terwyl tot 22 mense in sommige huise aktiewe TB opgedoen het. Oor die afgelope vier jaar is meer as 1800 kinders met ernstige TB net in die Tygerberg Hospitaal (naasliggend aan die genoemde woongebiede) opgeneem, terwyl die helfte van die kinders in die Wes-Kaap wat in 'n huis saam met 'n TB-lyer woon, met die TB-basil besmet is. Tot veertig persent van die besmette kinders ontwikkel onmiddellik TB.
- * Uit 'n onlangse verslag van die nasionale TB intervensieprogram (National Department of Health 1997:1-9) blyk dit dat die Paarl, Gugulethu en die Hexrivier-vallei ander gebiede in die Wes-Kaap met 'n hoë TB-insidensie is. Die Oos-Kaap is die provinsie met die tweede hoogste gemiddelde aantal nuwe TB-gevalle, naamlik 504 per 1000 mense per jaar.

Oor die algemeen hang die voorkoms van dié chroniese siekte van sosio-ekonomiese faktore en gedragspatrone af. Spesifieke faktore wat TB bevorder, is lae sosio-ekonomiese ontwikkeling, oorbevolking, hoë alkoholmisbruik, dwelmmisbruik, wanvoeding, buitengewone fisiese stres, ouderdom en tradisionele bygelowe soos dat TB deur toordokters versprei word en gewone (Westerse) medikasie dus nie die siekte kan genees nie. Die TB-epidemie word verder gekompliseer deur die verwantskap met VIGS, want die menslike immuuniteitsgebrekvirus ondermyn die immuunsisteem van die liggaam. Alhoewel die TB-basil lank sluimerend in 'n persoon se liggaam teenwoordig kan wees, kan dit geaktiveer word wanneer die betrokke se siekteweerstand afneem. Daarom is persone wat VIGS onder lede het, meer as ander aan die tuberku-

lose-risiko blootgestel - in Amerika staan TB en VIGS as die "Bonnie & Clyde"-gevaar bekend (Die Burger, 30 November 1996:13).

Die grootste enkele probleem is dat TB-lyers ophou om medikasie te gebruik sodra hulle beter voel (wanneer die siektesimptome verminder). Na beraming onderbreek ongeveer twintig persent van alle TB-pasiënte hul behandeling en loop die gevaar om middelweerstandige tuberkulose op te doen. Die ironie is dus dat, alhoewel tuberkulose voorkom kan word, die dramatiese styging van nuwe TB-gevalle veral aan spesifieke gedragspatrone te wyte is. Daarom is die primêre doel van die nasionale TB-kontroleprogram om TB-geaffekteerde pasiënte te genees deur te verseker dat elke pasiënt die voorgeskrewe medikasieprogram voltooi. Met die oog daarop om vyf-en-tagtig persent van alle TB-gevalle teen die jaar 2000 te genees, is die internasionale ***DOTS***-strategie (***Direct Observed Treatment Short-Course***) in Suid-Afrika geïmplementeer. Dié strategie beklemtoon dat die familieledede van TB-pasiënte deurlopend betrokke moet wees in voorkomende aksie en mede-verantwoordelikheid vir die behandeling moet aanvaar deur toe te sien dat gesinslede wat TB het, die voorgeskrewe mediakasieprogram voltooi.

Dit kan afgelei word dat voorkomende opvoeding met die klem op voorsiening van relevante inligting en oorredingskommunikasie wat op gedragsverandering gerig is, onontbeerlik vir die uiteindelijke sukses van die ***DOTS*** program is. Die genoemde verslag motiveer die nuwe benadering tot TB-behandeling deur te beklemtoon dat onnodige koste vir die hospitalisasie van minder ernstige TB-pasiënte voorkom kan word, en maak die volgende slotopmerking: "Unlike AIDS, we have the tools to cure TB. We also have the resources to cure TB. It is only a matter of putting these tools and these resources to effective use, to prevent the expected TB deaths of hundreds of thousands of people over the next ten years" (National Department of Health 1997:28).

9.2.1.5 *Die geletterdheidsituasie in die RSA*

Suid-Afrika se geletterheidstatus toon oor die algemeen groot ooreenkoms met die patroon van ander ontwikkelende lande soos Brasilië en Argentinië. Ongeveer vyftig persent van die bevolking is totaal ongeletterd of het slegs primêre onderwys voltooi, en slegs sewe persent van die bevolking het sekondêre- of hoër onderwyskwalifikasies (Reconstruction and Development Report 1995:20). Daar word bereken dat ongeveer 350 000 kinders jaarliks die skool verlaat voordat hulle 'n basiese geletterdheidsvlak (standerd drie) bereik het (Green & Lascaris 1988:62). Terselfdertyd kom uiteenlopende vlakke van opvoeding en geletterdheid onder verskillende bevolkingsgroepe voor. Vyf-en-twintig persent van die blanke bevolking bo agtien jaar het 'n tersiêre kwalifikasie, terwyl slegs vyf persent volwassenes onder swartes en kleurlinge onderskeidelik naskoolse opleiding het (Sentrale Statistiekdiens 1994). Meer as die helfte van die populasie in arm onderontwikkelde gebiede, in

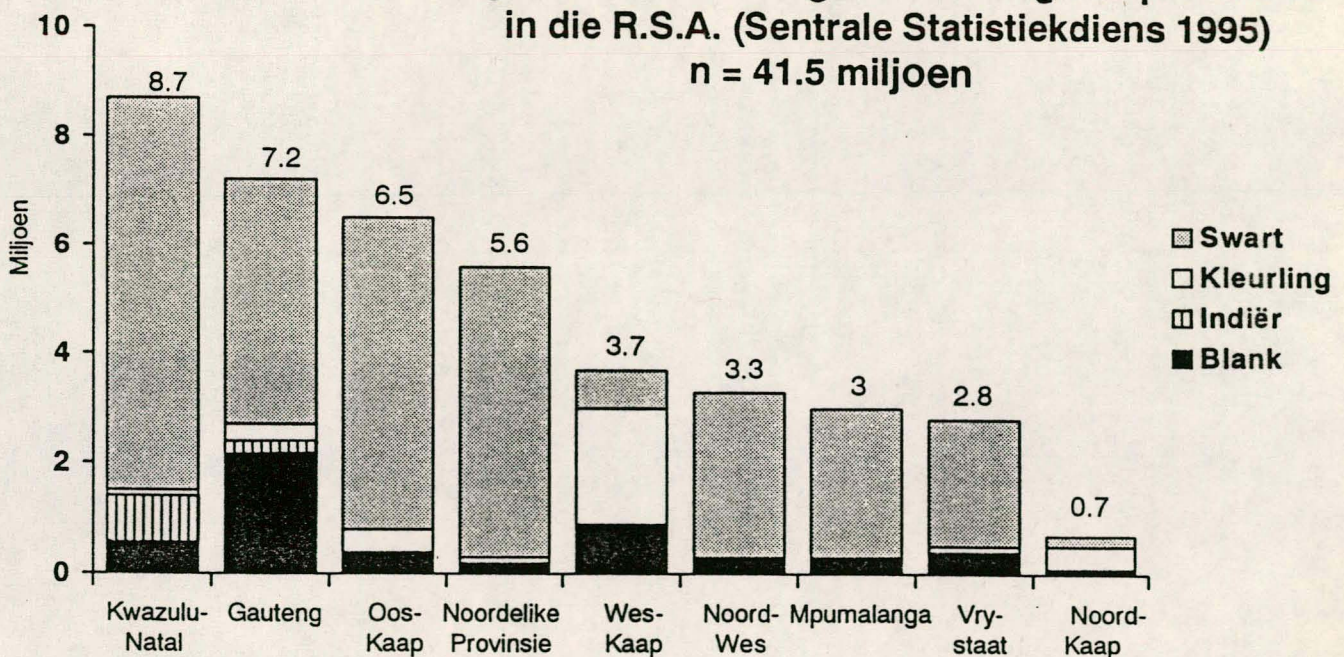
vergelyking met een-en-veertig persent in stedelike gebiede, het nie primêre onderwys voltooi nie (Reconstruction and Development Report 1995:4).

'n Aanverwante faktor wat in berekening gehou moet word, is mediageletterdheid. Alhoewel die algemene stand van mediageletterdheid, met inbegrip van visuele geletterdheid, moeilik meetbaar is, is wel tevore aangetoon dat die gebrek aan visuele geletterdheid doeltreffende kommunikasie by gesondheidsopvoeding in sekere Suid-Afrikaanse gemeenskappe kan beperk (vide, h6:172).

9.2.1.6 Die demografiese profiel van die RSA

Een van die mees opvallende kenmerke van die Suid-Afrikaanse situasie is sy rasseverskeidenheid en gepaardgaande multikulturele samelewing. Historiese gebeure het daartoe aanleiding gegee dat die verskeidenheid bevolkingsgroepe met verskillende eiesoortige kultuuragtergronde tot die simplistiese blank/nie-blank populasieverdeling herlei is. Die verdeling in vier breë bevolkingsgroepe, naamlik die Blanke, Asiër-, Kleurling- en Swart komponente is ewe bekend, soos dit byvoorbeeld in die bevolkingsamestelling van die nege provinsies gebruik word (figuur 9.4). Uiteraard verskil die spesifieke bevolkingsamestelling van provinsie tot provinsie. Die Wes-Kaapse bevolking bestaan hoofsaaklik uit drie groepe: 0,9 miljoen blankes, 2,1 miljoen kleurlinge en 0,7 miljoen swartes.

Figuur 9.4 Bevolkingsamestelling van provinsies in die R.S.A. (Sentrale Statistiekdiens 1995)
n = 41.5 miljoen

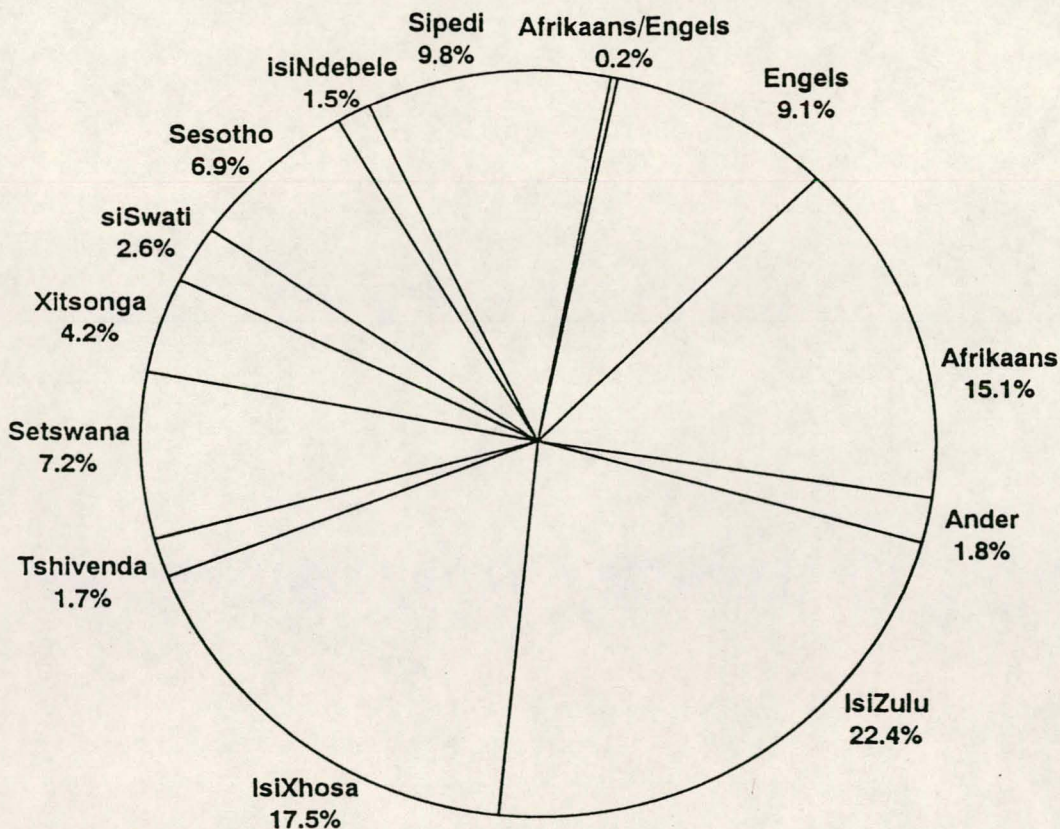


Die samestelling van die Suid-Afrikaanse bevolking is egter veel meer kompleks as wat die genoemde simplistiese vierdelige benadering weerspieël. Elk van die vier hoofgroepe kan op sy beurt onderverdeel word in 'n aantal subgroepe wat elk onder-

skeidende kulturele, etniese en genetiese verskille openbaar. Getalsgewys het die swart bevolking in 1990 die grootste komponent van die totale bevolking uitgemaak, naamlik vyf-en-sewentig persent. Die blanke bevolking was die tweede grootste, naamlik 13,5 persent, terwyl die kleurlingbevolking 8,6 persent van die totale bevolking uitgemaak het. Die Asiërbevolking, wat die kleinste komponent uitmaak, was 2,6 persent. 'n Belangrike invloedsfaktor is die verskillende groeikoerse wat die proporsionele aandeel van die onderskeie groepe in die toekoms merkbaar sal verander. Die groeikoerse onder die keurling- en swartbevolking is byvoorbeeld veel hoër as onder die blanke- en Asiërgroepe (Van Rensburg *et al.* 1992:97-100).

Samehangend met die diverse bevolkingsamestelling het die RSA elf amptelike landstale wat Afrikaans, Engels, verskillende tale van Wes-Europese oorsprong, die Sothogroep, Ngunigroep asook Venda en Swazi insluit. Volgens figuur 9.5 is die komponent Zoeloesprekendes en Xhosasprekendes die grootste groep (onderskeidelik 22,4% en 17,5%), terwyl die Ndebele en Swazi die kleinste groepe inheemse Afrika-tale, onderskeidelik 1,5% en 2,6%, verteenwoordig.

Figuur 9.5 Taaldiversiteit van die R.S.A. bevolking (Sentrale Statistiekdiens 1991)



9.2.1.7 Die kommunikasie-infrastruktuur in die RSA

Suid-Afrika vergelyk gunstig met ander ontwikkelende lande, veral met die meeste Afrika-lande, op die gebied van 'n kommunikasie-infrastruktuur en openbare benutting van die beskikbare kommunikasiemedie. Enkele relevante data uit die South African

Yearbook 1995 (Van Rensburg 1995:291-299) gee 'n oorsigtelike beeld van die situasie ten opsigte van mediabenuutting.

Opnames in verband met mediagebruikerspatrone dui daarop dat ongeveer veertien miljoen luisteraars daaglik op die verskillende SABC radioprogramme inskakel, terwyl ongeveer elf miljoen volwassenes daaglik televisie kyk. Die geografiese uitgestrektheid van die land beperk die beskikbaarheid van nasionale daaglikse koerante in die wye betekenis van die woord. Die *Sunday Times* (vir Engelse lesers) en *Rapport* (Afrikaans) kan in 'n sekere sin as nasionale koerante vir alle gemeenskappe en bevolkingsgroepe beskou word, met in jaarlikse omset van 524 164 eenhede en 396 974 eenhede onderskeidelik. Die *Sowetan* is die koerant met die grootste plaaslike leserstal vir die nie-blanke mark (204 219 eenhede), maar dit verskyn slegs in Engels. Hierbenewens bestaan daar ongeveer honderd provinsiale- of streekskoerante soos die *Burger* in die Wes-Kaap en *Paarl Post* vir die Paarl, Wellington en Franschhoek, terwyl die groot verskeidenheid gratis "freebies" met nuusberigte van plaaslike gemeenskapsbelang, ook 'n belangrike bydrae lewer. 'n Veel groter groep persone met Afrikaans as huistaal lees Engelse koerante, as vice versa. Ten opsigte van die tydskrifmark is daar ongeveer drie honderd algemene tydskrifte en meer as vyf honderd gespesialiseerde tydskrifte wat op die handelswêreld en tegnologiebedryf asook die professionele mark gerig is. Die tydskrif met die grootste nasionale omset is M-Net se televisiegids, waarvan die lesertal 'n miljoen in Februarie 1994 oorskrei het. Hieruit kan afgelei word dat die gedrukte media 'n waardevolle openbare kommunikasiekanaal in Suid-Afrika oor die algemeen is, maar die primêre beperking is daarin geleë dat dit nie vir ongeletterdes toeganklik is nie. Daarom bied die beeldkommunikasiemedie en radio 'n alternatief vir laasgenoemde groep.

'n Belangrike positiewe faktor ten opsigte van die beskikbare kommunikasie-infrastruktuur is plaaslik beskikbare tegnologiese kundigheid asook fisiese hulpbronne. So doende het verskillende tegnologie-gebaseerde sisteme vir onderwysvoorsiening deur middel van afstandsonderrig op nasionale vlak tot stand gekom, byvoorbeeld die *African Growth Network* en *Ubuntu* stelsel, wat onder meer van interaktiewe televisie-onderrig gebruik maak. 'n Onlangse verslag oor die stand van tegnologiegebaseerde leer in Suid-Afrika rapporteer in dié verband soos volg: "The intelligent and appropriate use of technology adds to the available choices of learning strategies. In South Africa old and new technologies have the potential to help address critical questions of access, redress, flexibility and relevance. Indeed, they may be a necessary feature of solutions to problems that traditional approaches cannot solve" (Naidoo 1996:17).

Een van die verskeidenheid ander vernuwende ontwikkelings is elektroniese inligtingsnetwerke ("information super highways") wat die toeganklikheid tot inligting, ook vir potensiële gebruikers in afgeleë landelike gebiede moontlik maak. 'n Voorbeeld in Suid-Afrika is *HealthLink*, 'n nasionale elektroniese posnetwerk vir gesondheidsin-

stellings en die gesondheidsprofessies. Op 'n laer tegnologiese vlak kan duisende pendelaars in taxi's wat met die nodige apparaat toegerus is, daagliks aan opvoedkundige programme met behulp van oudiokassette en videoprogramme blootgestel word.

In geheel gesien, toon die kommunikasie-infrastruktuur egter tiperende kenmerke van ander Afrika-lande waar 'n swak ontwikkelde kommunikasienetwerk in die meeste landelike gebiede doeltreffende massakommunikasie steeds onmoontlik maak. Mytton (1983:3) se beskrywing van die algemene situasie in Afrika gedurende die vroeë tagtigerjare is steeds geldig in Suid-Afrika: "There are few channels and only in certain towns do the mass media gain anything like the saturation coverage reached in Western countries. The audience is for the most part illiterate, uneducated and rural; television, cinema and the press are largely confined to urban areas. Moreover ... severe language problems have to be overcome". Die uitdaging lê dus daarin om die bestaande tegnologiese gapings tussen die Eerstewêreldkomponent van die land en onderontwikkelde gemeenskappe te oorbrug.

9.2.1.8 Mediagebruikspatrone en mediateikenmarkte in die RSA

Dit is reeds tevore aangetoon dat mediavorkeure 'n bepalende faktor in mediagebruik by gesondheidsopvoeding is (vide, h 5:122). Oor die algemeen verkies die meeste swart bevolkingsgroepe elektroniese media - televisie, radio of albei - bó die gedrukte media as kommunikasiemiddel, weens die relatief hoë vlak van ongeletterdheid onder die nie-blanke populasie (Green & Lascaris 1990:41). In 'n poging tot die formulering van 'n algemene verteenwoordigende nasionale mediaprofiel het Stewart (1991:2-3) die volgende gevolgtrekking gemaak: mediagebruikers is oorwegend jonk met beperkte geletterdheid; sommige het toegang tot moderne tegnologie, terwyl meer as die helfte van die volwassenes nie televisie kyk, gereeld koerant of tydskrifte lees, of dikwels na 'n rolprentvertoning gaan nie.

Verskeie navorsingsresultate dui op verskille in teikengroepe se mediavorkeure ter verkryging van inligting oor gesondheidsonderwerpe. Beck en Summons (1986:51-56) het byvoorbeeld bevind dat adolessente alkoholgebruikers meestal vriende as inligtingbronne verkies, terwyl diegene wat nie dikwels alkohol gebruik nie, opvoedkundige programme of inligting deur middel van die massamedia verkies. 'n Onderzoek deur die Departement van Onderwys (Stone 1992) oor geslagsopvoeding aan skoliere het soortgelyke resultate gelever: 42,6 persent van die respondente het ouers as inligtingsbron verkies, terwyl 26,7 persent voorkeur aan inligting deur vriende en 22,6 persent verskillende media soos boeke, tydskrifte, video's en televisie verkies. In die genoemde verslag word verwys na ander ondersoeke waarin die volgende bronne van inligting oor seksualiteit deur standerd nege- en standerd tien-leerlinge as belangrikste media (in dalende volgorde van prioriteit) geïdentifiseer is:

- * gedrukte media soos boeke, tydskrifte en pamflette;
- * moeders;

- * portuurgroepe van dieselfde geslag; asook
- * televisie, rolprente en skoolprogramme (Kagan, soos aagehaal deur Stone 1992:94).

Die uiteenlopende wyses waarop verskillende bevolkingsgroepe aan sowel gedrukte as elektroniese media blootgestel word en aan bepaalde media voorkeur verleen, is 'n kompliserende faktor in Suid-Afrika. Reeds in die tagtigerjare het Marais *et al.* (1985:76) die gevolgtrekking gemaak dat,

- * alhoewel die land oor 'n besonder wye spektrum media beskik, alle bevolkingsgroepe nie ewe veel inligting via die beskikbare media bekom nie; en
- * die swart bevolking veel meer aan media vir die blanke mark blootgestel is as wat andersom die geval is, terwyl Afrikaanssprekende blankes toegang het tot 'n wyer spektrum media as Engelssprekendes.

Onlangse navorsing deur Chikte (1996) oor die impak van verskillende inligtingsbronne op die gemeenskap se kennis van en houdings jeëns waterfluoridasie het die diversiteit van mediavorkeure onder die Suid-Afrikaanse bevolking na vore gebring. Oor die algemeen was die belangrikste bronne van inligting oor die betrokke onderwerp die volgende: gemeenskapsinstelling soos skole (33,1%), radio (22,3%), tydskrifte en koerante (19,2%) asook televisie (17,2%). Soverre dit voorkeure van verskillende generasies betref (tabel 15, p.247), is bevind dat:

- * in alle ouderdomsgroepe meer as 'n derde van die respondente voorkeur aan radio en televisie gee, met die hoogste voorkeur vir die betrokke media in die ouderdomsgroepe 35-44 jaar (44,8%) en 55+ jaar (42,6%) onderskeidelik; en
- * gedrukte media (tydskrifte, koerante en pamflette) die hoogste voorkeur in die ouderdomsgroepe 55+ jaar (31,6%) asook die ouderdomsgroep 45-54 jaar (24,2%) geniet.

Voorkeure van die verskillende bevolkingsgroepe (tabel 15) het getoon dat:

- * die swart bevolking en kleurlingbevolking inligting deur middel van radio en televisie verkies (onderskeidelik 46% en 45,4% voorkeur); en
- * die blankegroep en Asiërgroep voorkeur aan gedrukte media gee (42,6% en 40,7% onderskeidelik).

Daar bestaan ook duidelike verskille in mediavorkeure op grond van opvoedingsvlak (tabel 15, p.247). Die navorser het bevind dat:

- * diegene met opleiding tot graad vyf inligting deur middel van radio en televisie verkies (54,9%) wat progressief afneem tot op die vlak van naskoolse opleiding (17%). Laasgenoemde groep gee voorkeur aan tydskrifte, koerante en pamflette (41,1%).

Terselfdertyd bestaan daar aanduidinge dat mediavorkeure van stedelike gemeenskappe verskil van nie-stedelike gemeenskappe. Lubbe (1986:11) se navorsing het byvoorbeeld verskille in mediavorkeure van stedelike Xhosas teenoor Xhosas in land-

Tabel 15 Mediavorkeure vir fluoridasie-inligting volgens generasie, bevolkingsgroep en opvoedkundige vlak van teikengroepe in die RSA (Chikte 1996).

Faktor	n	Koerant/Tydskr	Televisie	Radio	Pamflet	Werkplek	Gemeenskap	Onbekend
Ouderdom								
18-12	118	11,5%	11,7%	23,4%	1,5%	2,0%	43,4%	6,5%
25-34	155	17,5	19,1	19,3	1,6	3,5	33,1	5,5
45-44	141	19,9	12,5	32,3	0,3	2,3	30,5	2,2
45-54	94	24,2	26,3	11,9	0,0	1,8	31,4	4,3
55+	100	31,6	24,0	18,6	0,0	2,1	17,4	6,3
Bevolkingsgroep								
Swart	356	10,9%	13,9%	32,1%	1,2%	2,0%	35,7%	4,2%
Kleurling	52	18,3	41,2	4,2	0,0	0,9	35,0	0,4
Asiër	32	40,7	30,0	5,2	0,0	0,0	22,8	1,3
Blank	168	42,3	17,5	0,8	0,3	4,6	25,5	8,4
Opvoedkundige vlak								
Graad 1-5	79	01,7	12,5	42,4	0,0	0,4	34,2	8,8%
Graad 6-9	144	13,1	20,8	27,8	0,0	0,6	34,7	2,7
Graad 10-12	244	28,7	22,1	13,5	1,6	2,5	28,3	3,2
Graad 12+	141	40,4	9,2	7,8	0,7	4,9	29,1	7,8
Totaal	608	19,2%	17,2%	22,3%	0,9%	2,4%	33,1%	4,9%

elike gebiede geïdentifiseer. Volgens dié navorser word stedelike Xhosas die grootste mate aan die radio blootgestel (94%), gevolg deur koerante en tydskrifte (52% in albei gevalle). Die Xhosas in landelike gebiede word selfs in 'n groter mate (97%) as die stedelikes aan radio blootgestel, maar in 'n geringer mate aan koerante (14%) en tydskrifte (15%). Dit was ook insiggewend dat 'n beduidende groep persone (ongeveer 86%) aangetoon het dat hulle 'n leeskenis van hul eie taal het, teenoor 21-72 persent wat oor 'n praat- en/of leeskenis van Afrikaans en Engels het. Hieruit kan afgelei word dat sekere media, byvoorbeeld meer toepaslik vir landelike gemeenskappe in vergelyking met stedelike gemeenskappe is, en die keuse van 'n spesifieke taalmedium 'n bepalende invloed op die gebruikersvriendelikheid van gesondheidsboodskappe in Suid-Afrika kan hê.

Die genoemde ondersoek van Chikte (1996) het 'n mediagebruikersprofiel van verskillende provinsies en groepe binne spesifieke sosio-ekonomiese situasies (tabel 16, p.249) na vore gebring wat ook in 'n nasionale mediastrategie vir gesondheidsopvoeding benut kan word. Die resultate toon dat:

- * televisie en radio die hoogste voorkeur in die Noord-Wesprovinsie geniet (72,8%), met 'n laer voorkeur in ander streke soos die Noordelike provinsie (48,1%), die Vrystaat (42,9%) en die Wes-Kaap (40,8%). Die laagste voorkeur vir hierdie media was in Mpumalanga, naamlik 10,9 persent; en
- * ten opsigte van tydskrifte, koerante en pamflette die hoogste voorkeur in Gauteng en Noord-Kaap voorkom (53,5% en 49,6% onderskeidelik), met die laagste voorkeur vir hierdie media in die Noordelike provinsie, Mpumalanga en Kwazulu-Natal (6,8%, 7,2% en 7,6% onderskeidelik).
- * die hoogste voorkeur aan radio en televisie kom in landelike gebiede, "swart" woongebiede en voorstedelike informele woongebiede (53%, 51,6% en 47% onderskeidelik) voor, met die laagste voorkeur aan hierdie media in blanke- en stedelike gebiede (onderskeidelik 14,4% en 16,3%); en
- * die hoogste voorkeur aan koerante, tydskrifte en pamflette in blanke- en Indiërwoongebiede (onderskeidelik 55,7% en 54,7%) voorkom, met die laagste voorkeur vir hierdie media in voorstedelike informele woongebiede en kleurlingwoongebiede (onderskeidelik 12,5% en 17,3%).

Wanneer mediateikenmarkte in Suid-Afrika ontleed word, is die situasie nie so eenvoudig nie, omdat mediagebruikspatrone deurlopend beïnvloed word deur veranderende kragte soos opvoedingsvlak, die vlak van professionele werk en ekonomiese vermoëns, teenoor lae geletterdheid, werkloosheid en armoede. Op grond hiervan het die reklamewese met 'n profiel vorendag gekom wat die belangrike rol van verskillende ekonomiese markte in mediaverbruikerspatrone beklemtoon. Die uitgangspunt is dat enige samelewing beskryf kan word as 'n komposisie van verskillende groepe individue wat elk 'n bepaalde opvoedingspeil en werkstatus het in terme van 'n inkomste-genererende werk, al dan nie.

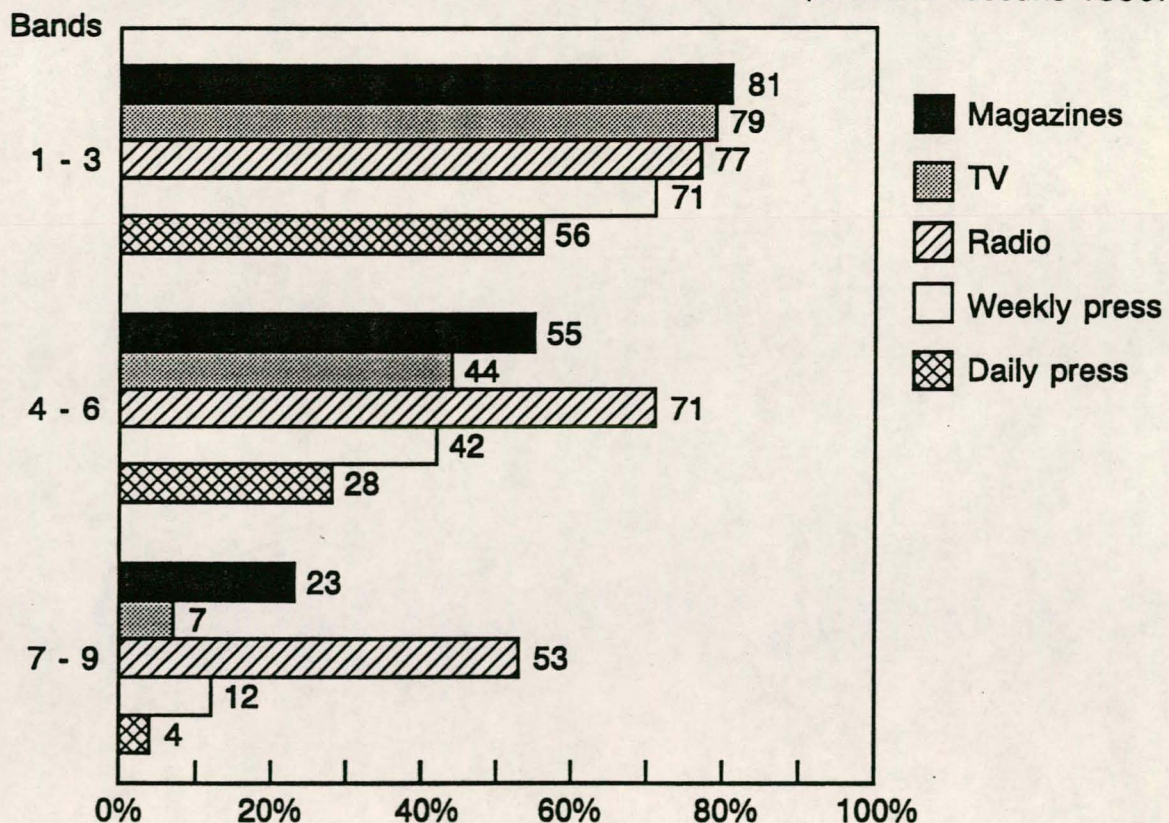
Tabel 16 Mediavoorkeure vir fluoridasie-inligting volgens provinsie en sosio-ekonomiese agtergrond van teikengroepe in die RSA (Chikte 1996).

Faktor	n	Koerant/Tydskr	Televisie	Radio	Pamflet	Werkplek	Gemeenskap
Provinsie							
Wes-Kaap	78	26,7%	35,6%	5,2%	0,0%	1,3%	29,4%
Noord-Kaap	35	49,6	28,0	6,0	0,0	0,0	14,7
Oos-Kaap	82	14,4	15,4	12,4	3,0	5,0	39,5
Vrystaat	26	23,3	7,5	35,4	0,0	0,0	29,0
KwaZulu-Natal	163	7,6	11,7	35,2	0,0	1,8	42,0
Mpumalanga	26	7,2	0,0	10,9	0,0	1,4	64,9
Noord	33	6,8	6,2	41,9	0,0	5,2	38,2
Gauteng	99	51,0	16,2	4,8	2,5	3,8	15,1
Noord-Wes	66	11,1	35,8	37,0	0,7	0,0	9,3
Sosio-ekonomiese agtergrond							
Plakker (stad)	44	12,5	20,5	26,5	0,0	4,0	26,4
Hostel	16	24,4	26,5	1,4	0,0	0,0	38,1
Kleurlingdorp	35	17,3	33,0	0,3	0,0	1,2	47,8
Asiërdorp	28	54,7	32,2	0,0	0,0	0,0	12,2
Swart dorp	121	19,5	25,1	26,5	4,2	1,0	23,0
Blanke dorp	50	54,7	12,5	1,9	1,0	1,9	25,5
Metropolitaans	100	42,4	15,8	0,5	0,0	6,3	23,5
Landelik	100	9,6	26,6	26,4	0,0	0,0	26,4

Volgens hierdie teorie kan die Suid-Afrikaanse samelewing in verskillende sosiale segmente verdeel word, wat tot nege verbruikersmarkte lei. Elke afsonderlike marksegment is uit 'n sekere persentasie van onderskeidelik die Swart-, Blanke- en Indiër-Kleurlingpopulasie saamgestel (Green & Lascaris 1990:39). Wanneer die AMPS (All Media and Products Survey) statistiek van 1989 hierop geprojekteer word, tree 'n insiggewende beeld na vore. Indien die nege basiese marksegmente met die oog op vergelyking in drie groepe verdeel word, is dit opmerklik dat televisie en tydskrifte die ideale media vir die meer geletterde en vermoënde deel van die bevolking is. Daarenteen tree die radio as die ideale medium vir dié deel van die bevolking, met 'n laer opvoedingspeil en waar hoë werkloosheid heers, sterk na vore (figuur 9.6). Hierdie profiel stem met die voorafgaande navorsingsresultate van Chikte (1996), asook vroeëre bevindinge van Lubbe (1986) en Rall (1987) oor mediavorkeure van onder meer stedelike Xhosas en Tswanas, teenoor populasies van dieselfde etniese groepe in landelike gebiede ooreen.

Figuur 9.6 Mediavorkeure volgens marksegmente in die RSA

(Green & Lascaris 1990:41)

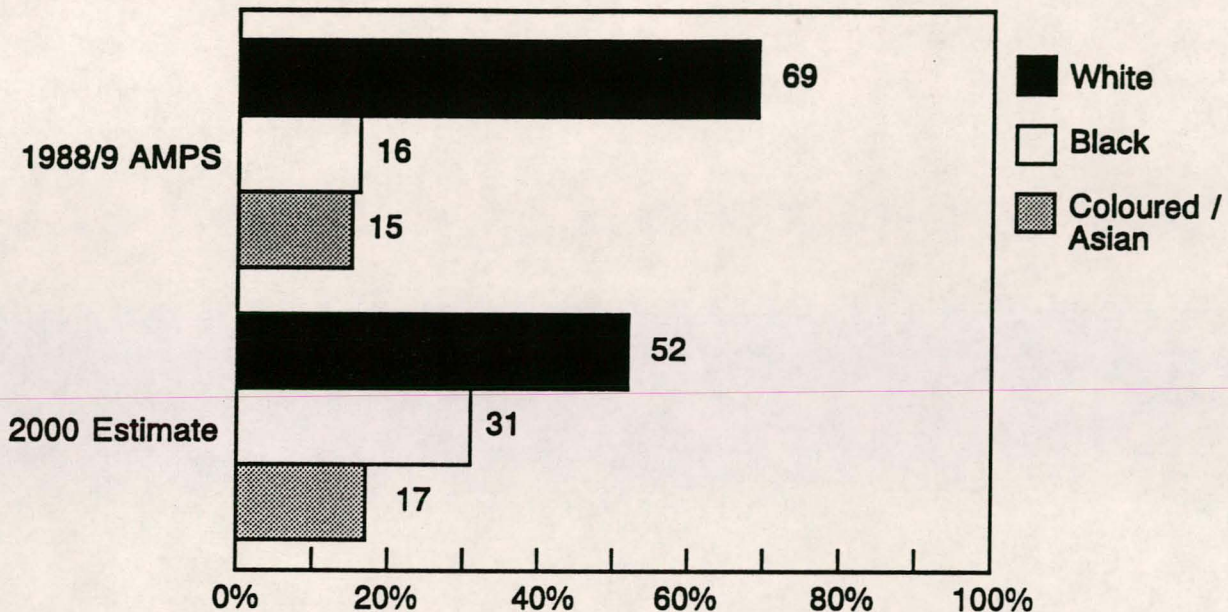


Dit moet beklemtoon word dat die betrokke grafiese voorstelling van mediateikenmarkte 'n veranderende situasie verteenwoordig. Die gegewe mediaprofiel sal waarskynlik in die toekoms verander weens faktore soos bevolkingsaanwas, die skep van nuwe werksgeleenthede, die verhoging van volwassenes se geletterdheidsvlak en

ekonomiese groei in veral onderontwikkelde gemeenskappe. Projeksjies dui juis daarop dat die profiel van die boonste drie marksegmente in die volgende dekade dramatiese kan verander (figuur 9.7).

Figuur 9.7 Projeksie van moontlike mediamarkprofiel-veranderinge in die RSA

(Green & Lascaris 1990:39)



Die primêre waarde van die betrokke "Marketing Bands"-teorie is daarin geleë dat mediateikenmarkte in Suid-Afrika nie volgens kunsmatige ras-etniese riglyne gedefinieer word nie, wat prakties gesproke 'n meer realistiese benadering is, omdat spesifieke media nie eksklusief met bepaalde bevolkingsgroepe geassosieer kan word nie. Green en Lascaris (1988:66) maak die gevolgtrekking dat, soverre dit Suid-Afrika betref, duidelike mediavorkeure van verskillende verbruikersgroepe ongeag rasklassifikasie aan't ontwikkel is: "Ironically, in a media sense audiences will be more divided than ever before. The difference will be that in future segregation will not be purely racial". Daarom word mediagebruik en mediaboodskappe wat op die kulturele behoeftes en omstandighede van spesifieke gemeenskappe gerig is ("narrowcasting") toenemend ten koste van programinhoud en boodskappe wat op die algemene breë publiek gerig is ("broadcasting"), beklemtoon (Viljoen 1994).

9.2.2 Sleutelkomponente van die model vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding in die RSA

In die voorafgaande paragrawe is verskillende situasionele invloedsfaktore ondersoek wat in 'n modelontwerp vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding binne

ontwikkellende multikulturele gemeenskappe in Suid-Afrika in ag geneem moet word. Teen dié agtergrond word die verskillende bydraende komponente van die voorgestelde model bespreek word. Besonderhede word onder die volgende sewe subhoofde behandel, naamlik:

- * die strukturele hoekstene;
- * riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding;
- * riglyne vir doeltreffende kommunikasie;
- * riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik;
- * riglyne vir sosio-kulturele sensitiviteit;
- * riglyne vir boodskapontwerp en media-akkulturasie; en
- * riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid.

Aangesien 'n holistiese benadering in die modelontwerp gevolg word, sluit die bespreking van die model af met 'n sintese waarin die onderlinge verband tussen die bogenoemde bydraende komponente verduidelik word.

9.2.2.1 Die strukturele hoekstene

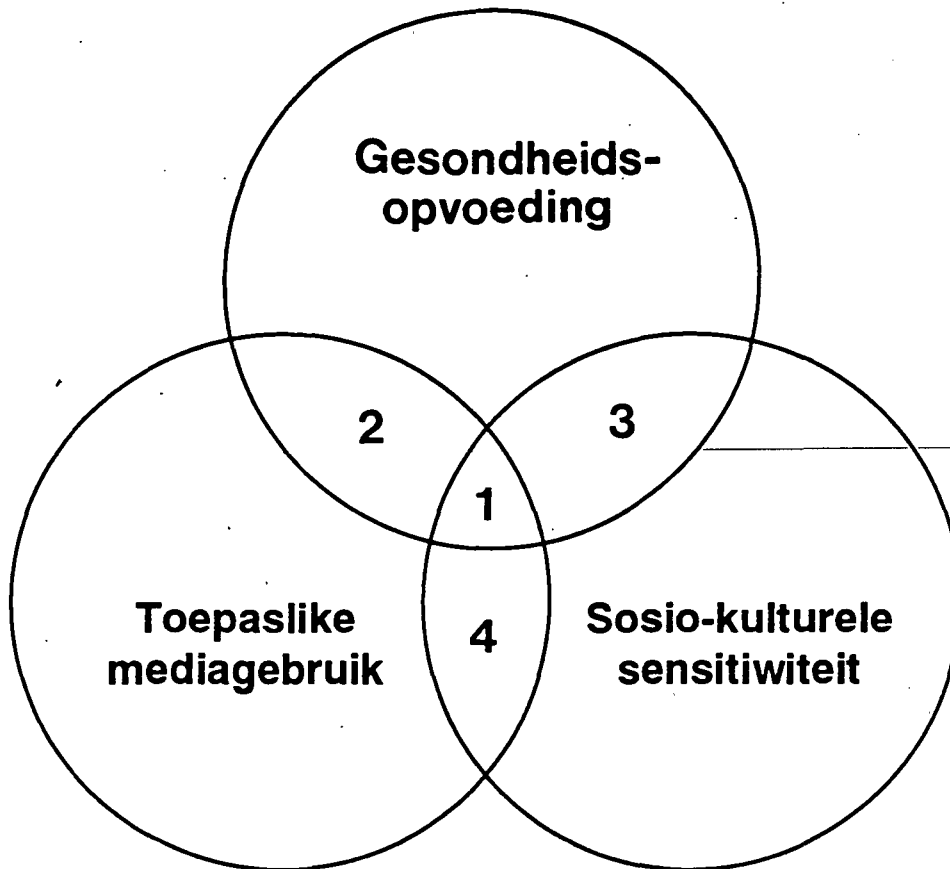
Hierdie model is op drie hoekstene gebaseer wat as strukturele raamwerk dien waarbinne die verskillende modelkomponente behoort te funksioneer, naamlik die beginsels en strategieë van onderskeidelik: i) gesondheidsopvoeding, ii) toepaslike mediagebruik, en iii) sosio-kulturele sensitiviteit. Aangesien hierdie drie komponente as duidelik onderskeibare dimensies van die model geïdentifiseer kan word, maar terselfdertyd verbandhoudende raakpunte het, kan die basiese strukturele raamwerk diagrammaties soos in figuur 9.8 (p.253) voorgestel word.

Deur die oorvleueling van al drie dimensies (aangetoon deur die segment nommer 1), tree die primêre doel en sentrale fokuspunt van die model na vore, naamlik toepaslike media en mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n spesifieke sosio-kulturele konteks. Die diagram toon ook ander variasies van oorvleuelings, byvoorbeeld deur gemeenskaplikhede tussen gesondheidsopvoeding en toepaslike mediagebruik. Sodoende ontstaan drie sekondêre komponente van die model, naamlik: toepaslike media en mediagebruik vir gesondheidsopvoeding (segment 2), gesondheidsopvoeding wat die sosio-kulturele kenmerke en agtergrond van teikengroepe weerspieël (segment 3), asook media en mediagebruik wat toepaslik vir die sosio-kulturele agtergrond en kenmerke van teikengroepe is (segment 4). Ter wille van vereenvoudiging, en met die oog op praktiese riglyne vir toepaslike boodskapontwerp, kan die sekondêre dimensies soos voorgestel deur onderskeidelik segment 2 en 4 tot die begrippe gesondheidskommunikasie en leer, asook media-akkulturasie gereduseer word.

9.2.2.2 Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding

Dit kan nie sonder meer aanvaar word dat programme vir gesondheidsopvoeding telkens suksesvol is nie. Daarom behoort duidelike riglyne vir verhoogde doeltreffend

Figuur 9.8
Hoekstene van boodskaptoeepaslikheid vir gesondheidsopvoeding
binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap



1. Toepaslike mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n spesifieke sosio-kulturele en ontwikkelingskonteks.
2. Toepaslike mediagebruik vir gesondheidsopvoeding.
3. Gesondheidsopvoeding wat sosio-kulturele kenmerke en agtergrond van teikengroepe weerspieël.
4. Mediagebruik wat toepaslik is vir die sosio-kulturele agtergrond en kenmerke van teikengroepe.

heid neergelê te word. Die kwaliteit van gesondheidsopvoeding kan verhoog word deur die toepassing van verskillende didaktiese beginsels en riglyne vir doeltreffende onderrig, byvoorbeeld motivering, doelstelling, individualisering, sosialisering, beleving en evaluering (vide, h3:52). In die praktyk word doeltreffende onderrigleerbeure deur sistematiese programbeplanning, wat 'n situasie-analise, doelstelling, seleksie van geskikte leerinhoude, metodes en media insluit, gekenmerk (vide, h3:57). Hierbenewens behoort programme vir gesondheidsopvoeding leerdergerig te wees en leeruitkomstes te beklemtoon. Verdere belangrike riglyne wat behoort nagevolg te word, is die volgende:

- * Gesondheidsopvoeding moet ten nouste met die doelwitte en strategieë van gesondheidsbevordering (vide, h2:29) saamhang. Daarom gaan dit in gesondheidsopvoeding om veel meer as blote inligting (kennisoordrag).
- * Gesondheidsopvoeding moet op spesifieke individue en teikengroepe in die gemeenskap gerig wees (vide, h2:42), en binne die raamwerk van die verskillende vlakke van siektevoorkoming geïmplementeer word. Programme en boodskappe wat die verwerwing van 'n gesonder lewenstyl ten doel het, en invloedsfaktore soos die sosio-ekonomiese ontwikkeling asook sosio-kulturele aspekte van teikengroepe weerspieël, lê op die vlakke van primordiale en primêre voorkoming (vide, h2:45).
- * Gespesialiseerde kennis en ervaring op 'n verskeidenheid gebiede word benodig om gesondheidsopvoeding te laat slaag. In die praktyk is gesondheidsopvoeding dus nie 'n aksie wat eksklusiewe net een of enkele individue se taak is nie, maar 'n inklusiewe multi-dissiplinêre spanpoging wat samewerking van verskillende kundiges en instellings soos openbare gesondheidsowerhede, onderwysowerhede, kommunikasiekundiges en die mediagemeenskap vereis (vide, h2:46).
- * Alle toepaslike metodes en strategieë behoort benut te word om die doelwitte van gesondheidsopvoeding vir verskillende teikengroepe te bereik. Informele onderrigmetodes wat groepdeelname en sosialisering bevorder, behoort oor die algemeen voorrang te geniet bo metodes soos formele lesings wat op eenrigtingkommunikasie neerkom (vide, h3:63).
- * In ontwikkelende gemeenskappe behoort tradisionele media en metodes soos gemeenskapsteater, rolspel en volksliedere (vide, h5:110) 'n integrale deel van programme vir gesondheidsopvoeding te vorm.

9.2.2.3 Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie

In 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap kan doeltreffende kommunikasie eweneens nie as vanselfsprekend aanvaar word nie, omdat 'n komplekse verskeidenheid faktore struikelblokke kan skep wat korrekte boodskapvertolking bemoeilik (vide, h6:156-163). Kommunikasiegebreke is wel oorbrugbaar deur deeglike teikenontleding

wat in die modifikasie van boodskappe vir groter toepaslikheid behoort neerslag te vind. Ter aanduiding toon bylae 9B (p.294) 'n praktiese voorbeeld hoe die kommunikasiebenadering die toepaslikheid van boodskappe in gesondheidsopvoeding kan verbeter. Daarin word ses opeenvolgende fases van die kommunikasieproses deur radio-uitsendings vir voedingvoorligting onderskei, wat onder andere die fases van sensoriese stimulering, aandagverkryging en evaluering van boodskapduidelikheid insluit. Doeltreffende aksie vir verbetering van 'n boodskap se toepaslikheid behoort op die gehoor se bestaande ervarings, oortuigings en waardes gebaseer te wees. Wanneer sodanige bepalende faktore in boodskappe neerslag vind, kan die geloofwaardigheid van die boodskap(pe) verhoog word, en is die bereiking van gewenste gedragsverandering met die oog op bevordering van persoonlike gesondheid meer suksesvol.

Dit is tevore daarop gewys dat kommunikasie in die kliniese situasie duidelike kenmerke en probleme van interkulturele kommunikasie toon (vide,h1:15). Daarom stel kommunikasie in gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele situasie besondere uitdagings met betrekking tot vertaling van akademies-geneeskundige terme, omdat sommige pasiënte nie noodwendig met sodanige vakterme vertrouwd is nie en hulle dikwels in 'n tweedetaal met die gesondheidsprofessies kommunikeer.

Die benutting van tolke bied 'n moontlike oplossing van taalverskille. Boodskapvertaling om kommunikasiegapings tussen die gesondheidsprofessies en pasiënte of die publiek te oorbrug, vereis egter spesifieke taalkundige vermoëns asook 'n basiese kennis van 'n bepaalde geneeskundige vakdissipline (byvoorbeeld ginekologie en verloskunde). Ter beklemtoning van die waardevolle rol wat vertalers in gesondheidsopvoeding kan vervul, gee bylae 9C (p.295) 'n aanduiding van spesifieke vereistes waaraan vertalers in gesondheidskommunikasie behoort te voldoen.

Die multikulturele karakter en uiteenlopende geletterdheidsprofiel van die Suid-Afrikaanse bevolking bemoeilik die formulering van 'n eenvoudige taalmodel vir gesondheidsopvoeding. Die gesondheidsprofessies behoort egter deeglik bewus te wees van potensiële struikelblokke rondom interkulturele kommunikasie tydens interaksie met pasiënte en die publiek oor die algemeen. Daarom word kommunikasie deur middel van "plaaslike streekstaal" vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende multikulturele gemeenskappe sterk aanbeveel.

Die eiesoortige taalgebruik van sommige gemeenskappe en groepe in Suid-Afrika is tevore bespreek (vide,h7:201-205). Ter verdere voorbeeld blyk dit dat 'n unieke Suid-Afrikaanse "gemeenskapstaal" waarin elemente van Zoeloe, Sotho, Afrikaans en Engels volgens die *fanagalo* (taalvermenging) benadering geïnkorporeer word, op voetsoolvlak aan't ontwikkel is (Kaschula & Anthonissen 1995:106). Volgens Ntshangase (1994) kom die vermenging van Zoeloe, Sotho, Iscamtho en Engels algemeen by skole in Soweto voor.

Hierdie verwikkeling bied die moontlikheid om 'n nuwe "multikulturele" kommunikasiekanaal te skep en programme vir gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika vir sekere teikengroepe en gemeenskappe as't ware meer gebruikersvriendelik te maak. Sodoende sou tradisionele kommunikasiebeperkings as gevolg van taalverskille verminder kan word. Daarom behoort gebruikersvriendelike taalgebruik as 'n belangrike riglyn in doeltreffende kommunikasie vir gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika op alle vlakke te geld.

Ten opsigte van gebruikersvriendelike taal moet egter teen die moontlikheid dat eufemismes tot wanbegrip by ongeletterde pasiënte en kinders in gesondheidsopvoeding kan lei, gewaak word. Uit 'n opvoedkundige oogpunt word aanbeveel dat die korrekte terme vir sogenaamde "sensitiewe" onderwerpe gebruik word, byvoorbeeld *vagina* in plaas van "koekie" en *penis* in plaas van "tongelong". Om dieselfde rede behoort die gebruik van onnodige slengwoorde in die opvoeding van kinders ontmoedig te word, byvoorbeeld die gebruik van "e-gate" (na aanleiding van die Engelse woord gate) in plaas van *illiheke* en "e-stairs" in plaas van *izitepusi* wanneer 'n onderwerp soos die voorkoming van kinderongelukke behandel word (Hugo 1994:172).

Oor die algemeen behoort gesondheidskommunikasie ten minste die volgende etiese riglyne na te volg:

- * Inligting met die oog op gesondheidsopvoeding behoort te alle tye korrek en ondubbelsinnig te wees.
- * Die balans tussen volledigheid en inligtingoorlading behoort nagestreef te word, veral by ongeletterdes wie se vermoë om feite te onthou beperk is.
- * Inligting vir publikasies, leerbronne en ander oudiovisuele materiaal moet voldoen aan die eise van akkuraatheid, geldigheid, eerlikheid en objektiwiteit.
- * Die dualistiese effek van gesondheidsboodskappe, naamlik die bevordering van gewenste kennis, houding, opvattinge en gedrag in teenstelling met moontlike negatiewe gevolge soos die skep van wanpersepsies moet in berekening gebring word.
- * Media moenie misbruik word ter wille van ekonomiese en finansiële gewin nie.
- * Wanvoorstellings en sensasionele beriggewing met die doel om vrees te ontlok of gevare te verdoesel is oneties.

9.2.2.4 Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik

Alhoewel hierdie navorsing primêr op boodskappe in gesondheidsopvoeding fokus, is doeltreffende boodskapoordrag van verskillende media (programmatuur en apparatuur) afhanklik. Daarom is 'n perspektief op verskillende mediatoeepassings in gesondheidsopvoeding gegee, wat voorbeelde van beide laetegnologie en hoëtegnologie insluit (vide, h5:103-115). Weens die onskeibaarheid van media en boodskappe is sekere riglyne noodsaaklik om doeltreffende mediagebruik by gesondheidsopvoeding in ontwikkelende gemeenskappe te verhoog.

Toepaslike mediagebruik word eerstens deur die spesifieke konteks (byvoorbeeld tydens die onderrighandeling of tydens 'n leerervaring) bepaal. Gevolglik is die belangrikste voorvereiste vir doeltreffende mediagebruik dat media telkens by die geheel van 'n onderrig-leersituasie geïntegreer word. In gesondheidsopvoeding gaan dit nie net om die bemeestering van kennis oor 'n bepaalde onderwerp nie, maar soms kom houdings, vaardighede en gedragsverandering ook ter sprake. Hieruit volg dat media-seleksie, binne sistematiese programontwerp, as 'n belangrike vereiste en riglyn vir doeltreffende mediagebruik in gesondheidsopvoeding nagevolg behoort te word. Daar is tevore na verskillende aspekte van mediaseleksie verwys, insluitende die noodsaaklikheid om die simboliese boodskapkode van verskillende beskikbare media deeglik te oorweeg (vide, h3:69). In ag genome die primêre doel van mediaseleksie, naamlik om die mees toepaslike medium vir 'n bepaalde onderwysbehoefte te identifiseer, sou 'n eenvoudige riglyn vir mediaseleksie in ontwikkelende gemeenskappe min of meer op die volgende kon neerkom, naamlik:

- * kies 'n medium wat beskikbaar en so goedkoop moontlik is;
- * kies 'n medium wat kommunikasie verbeter; en
- * kies 'n medium wat 'n opvoedkundige doel dien.

Hierdie riglyn volg die uitgangspunt van toepaslike tegnologie, wat tevore verduidelik is (vide, h4:83). Ter ondersteuning van die noodsaaklikheid van media-integrering en noukeurige mediaseleksie kan 'n aantal verdere fundamentele riglyne vir doel-treffende mediagebruik geformuleer word.

- * Gebruik die leerbehoefte van individue, groepe en gemeenskappe as vertrekpunt in die beplanning van mediagebruik, eerder as tegnologie op sigself.
- * Gebruik 'n kombinasie van media volgens die multi-mediabenedering om die sterkpunte van verskillende media gelyktydig te benut en verskillende leerstyle, met inagneming van mediageletterdheid, te akkommodeer.
- * Hou rekening met die konteks waarin leerders (die gehoor) hulle telkens bevind, byvoorbeeld in die formele klaskamersituasie of 'n buitepasiëntekliniek.
- * Sluit aan by die ervaringswêreld van die gehoor en gebruik koderingswyses vir boodskapoordrag waarmee die gehoor bekend is.
- * Benut moderne tegnologie om groter toeganklikheid tot inligting vir individue en gemeenskappe te bevorder om hulle in staat te stel om ingeligte besluite te neem. Bestaande programme en benaderings vir gesondheidsopvoeding sou moontlik aangepas moet word om nuwe inligtingstegnologie optimaal te benut, veral met die oog op mediagesteunde leer in die formele onderrigsituasie.
- * Akkommodeer mediavoorkeure van verskillende leerders en teikengehoere.
- * Gebruik toepaslike tegnologie. Gevorderde nuwe tegnologie is nie noodwendig meer doeltreffend of toepaslik as ouer generasie tegnologie nie. In 'n land met beide ontwikkelde gemeenskappe en ontwikkelende gemeenskappe sou 'n

parallele benadering met komponent van beide hoë- en laetegnologie waarskynlik die ideaal wees, afhangend van ekonomiese uitvoerbaarheid.

- * Alhoewel populariteit (voorkeur) van spesifieke media onder gebruikers en teikengehore 'n bepalende faktor in die evaluering van sukses is, behoort beide relevansie ("effectiveness") en operasionele effektiwiteit ("efficiency") van mediagebruik as belangrikste mikpunte op alle vlakke te geld.

Weens ekonomiese redes, en die feit dat eenvoudige programmatuur deur mediagebruikers self geproduseer kan word, behoort die benutting van veral tradisionele media vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende gemeenskappe van Suid-Afrika wyer ondersteun te word. In ag genome die beskikbare nasionale kommunikasie-infrastruktuur behoort die beskikbare massamedia, veral televisie en radio, terselfdertyd meer doelgerig en funksioneel vir gesondheidsopvoeding op alle vlakke aangewend te word. Televisie- en videoprogramme kan moontlik 'n groter bydrae tot gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende samelewing vervul indien die volgende spesifieke inhoude in programme meer eksplisiet aangebied word, naamlik i) die diverse en soms kontrasterende opvattinge, gewoontes, en lewenstyl rondom gesondheid en siekte van verskillende kultuurgroepe, asook ii) die misverstande wat tydens kommunikasie tussen die mediese professies en pasiënte vanuit verskillende sosio-kulturele agtergronde ontstaan, asook gepaardgaande aksies om wanbegrip te verminder of uit te skakel.

Vanweë die potensiële wye trefkrag van massamedia soos televisie en radio behoort duideliker nasionale strategieë ten opsigte van die benutting van die massamedia vir gesondheidsopvoeding in Suid-Afrikaanse geformuleer te word. Hoë prioriteit behoort daaraan verleen te word om die boodskap van gesonde lewenstyl en doeltreffende aksie vir siektevoorkoming aan ongeletterdes in onderontwikkelde gemeenskappe te bring. Met die oog op 'n duideliker nasionale kommunikasiestrategie vir gesondheidsopvoeding kan 'n aantal algemene mediastrategieë, soos toegepas in gemeenskapsopvoeding (Kleinen 1991:131-133), met vrug nagevolg word. 'n Nasionale plan kan die volgende moontlikhede insluit:

i) Die Openbare Uitsaaistrategie

Hierdie strategie is daarop gerig om die wydste moontlike gehoor van alle ouderdom- en bevolkingsgroepe met behulp van massamedia soos televisie en radio aan verskillende opvoedkundige programme bloot te stel. As openbare uitsaaiers met 'n opvoedingstaak bied die SABC en M-Net verskeie televisieprogramme van hierdie aard, byvoorbeeld *Life 4-U* en *I'm Addicted to Life*. Op gesondheidsgebied is *Medic Air*, *High on Health* en *Where There's no Doctor* voorbeelde van die openbare uitsaaistrategie.

ii) Die Uitsaai-Veldtogstrategie

Hierdie benadering behels geskeduleerde programuitsendings op radio en televisie om die gemeenskap bewus te maak van, en op te voed oor spesifieke onderwerpe wat die gemeenskap as geheel, of op sekere groepe soos huisvroue fokus. Onderwerpe vir gesondheidsopvoeding wat binne hierdie benadering behandel kan word, sluit gesinsbeplanning, alkohol- en dwelmmisbruik, aborsie, seksueel-oordraagbare siektes, tuberkulose, kanker en gesonde lewenstyl in. Gewoonlik het sodanige veldtogte 'n beperkte uitsaaityd, wat kan wissel van enkele dae tot verskeie maande.

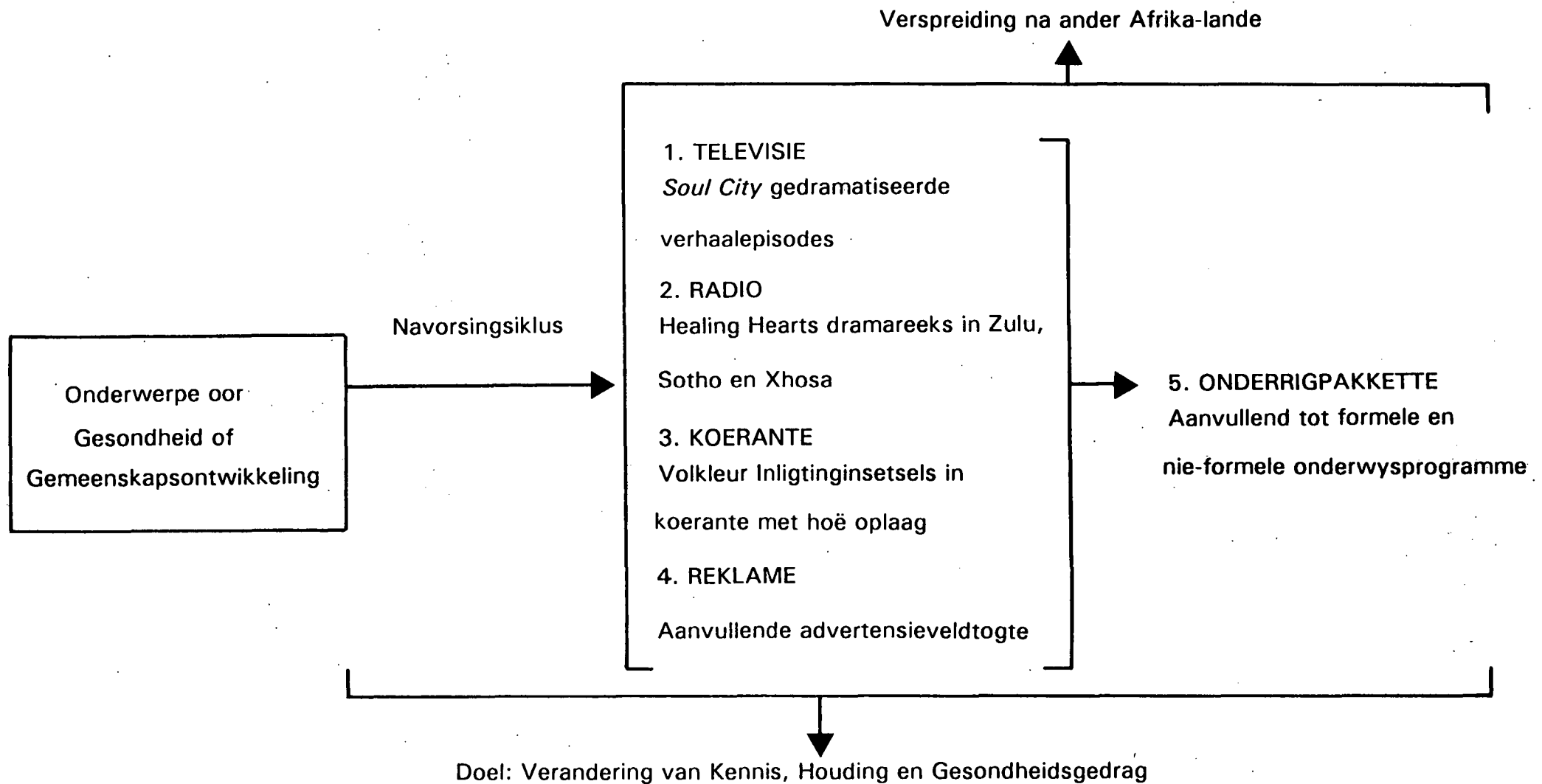
iii) Die Multimediastrategie

Die multimediastrategie ("media mix") is nie onbekend in ontwikkelende lande nie en word in lande soos Zimbabwe asook lande van Suid-Oos Asië met vrug vir gesondheidsopvoeding in die gemeenskap toegepas (vide, h5:114). In Suid-Afrika volg ***Soul City***, 'n projek van die Institute of Urban Primary Health Care in Alexandra, 'n soortgelyke benadering. In hierdie betrokke geval word gesondheidsboodskappe met behulp van televisie, radio, koerante en opvoedkundige pakkette (bestaande uit groepbesprekings aan die hand van videomateriaal, oudiobande en gedrukte materiaal) om verskillende gehore op nasionale en internasionale vlak te bereik. 'n Belangrike aanvullende komponent is prominente advertensies in gedrukte media soos koerante om openbare bewusmaking oor gesonde lewenstyl te bevorder. Hierdie projek is uniek in dié sin dat programinhoud in die vorm van gedramatiseerde lewensituasies met 'n opvoedkundige boodskap volgens die "edutainment" ('n kombinasie van opvoeding en vermaak)-benadering aangebied word.

Onderwerpe waarop die programme fokus, sluit veilige moederskap, borsvoeding, kindervoeding, immunisasie, diarree, respiratoriese siektes, kindermolestering en verskillende vorme van ongelukke in. Sekondêre tema's wat deurlopend by programaanbiedings geïntegreer is, is die bemagtiging van vroue, VIGS-bewustheid en nasiebou deur fokus op gesinswaardes en verantwoordelike ouerskap. Een van die primêre redes waarom ***Soul City*** die multimediabenedering volg, word soos volg gemotiveer: "Mass media is the most powerful communication tool at our disposal, since ... approximately 92% of South Africans have access to radio, 76% to television and 55% to newspaper" (Institute of Urban Primary Health Care 1994:1). Die grondliggende strategie en bydraende komponente van hierdie projek word in figuur 9.9 (p.260) voorgestel. Daaruit blyk die multimediabenedering duidelik, want die vyf sleutel bydraende komponente word deurlopend met mekaar verbind en gelyktydig toegepas.

In die eerste evalueringsverslag van 1994 tree die sukses en baanbrekerswerk van die ***Soul City*** projek na vore. Meer as sewentien miljoen swart volwassenes bo vyftien jaar is reeds bereik, waarvan vyf-en-vyftig persent in landelike gebiede, negentien persent in formele stedelike woongebiede, negentien persent in formele metropolitaanse gebiede en sewe persent in informele woongebiede (plakkerskampe). In geheel

Figuur 9.9 Die Soul City benadering tot gesondheidsoopvoeding (Institute of Urban Primary Health Care 1994:5)



gesien, was die evaluering van beide die teikengroep, pasiënte en gesondheidswerkers soos geneeshere oorweldigend positief. Daarom sluit die evalueringsverslag met die volgende positiewe gevolgtrekking af: "*Soul City* is building on these positive beginnings to create a national 'Soul City Consciousness' set to become a major player in shaping a healthy nation and continent. ...in terms of the extent of its reach and its ability to impact on (health) knowledge, attitude and practice" (Institute of Urban Primary Health Care 1994:54).

Die multimediastrategie kan met vrug vir gesondheidsopvoeding op 'n wyer grondslag in Suid-Afrika toegepas word. Ter beklemtoning dat die diverse demografiese profiel van die Suid-Afrikaanse situasie in multimedienadering in gesondheidsopvoeding vereis, skryf Allen (aangehaal deur Robbins 1994:12) dat, "...it was absurd to think that one medium - be it newspapers or television or radio - could cater to all South Africans". Hierdie realiteit is juis ook by die ontleding van verskillende teikenmarkte en mediagebruikspatrone ten opsigte van Suid-Afrika in 'n vorige paragraaf aangetoon.

Benewens bogenoemde strategieë vir massakommunikasie kan drie verdere moontlikhede bygevoeg word.

Die Georganiseerde Groep-strategie

Media op sigself kan nie leer en verandering van gesondheidsgedrag teweeg bring nie, daarom het massamedia die grootste impak op openbare gesondheidsopvoeding wanneer mediagebruik met interpersoonlike kommunikasie gekombineer word (vide, h6:150). 'n Vierde moontlikheid is dus die georganiseerde groepstrategie, waar radiogespreksforums met aanvullende gedrukte materiaal, leesopdragte en opvoedkundige bordspele gekombineer word. Die *posyandu*-benadering vir gesondheidsbevordering onder vroue in Indonesië benut onder andere bordspele in kombinasie met groepbesprekings vir voorligting oor aspekte soos higiëne en kindergesondheid tydens weeklikse samekomste van huisvroue. In Suid-Afrika is 'n soortgelyke strategie reeds rondom kindervoeding in Kwazulu-Natal eksperimenteel toegepas (Benade 1995).

Die Kommunikasienetwerk-strategie

Hierdie strategie fokus op die benutting van moderne tegnologie soos die rekenaar om toegang tot omvattende inligtingsnetwerke te verkry en om die beperkinge van massakommunikasie, in terme van geleentheid vir onmiddellike terugvoer, te oorbrug. Daar is in die situasie-analise tot hierdie hoofstuk reeds besonderhede oor die bestaande kommunikasie-infrastruktuur in Suid-Afrika gegee (vide, par. 9.2.1.7). In ag genome die belangrike rol wat ingeligte besluitneming en selfmedikasie in hedendaagse gesondheidsorg vervul, bestaan die moontlikheid dat primêre gesondheidsorgklinieke in die toekoms deur middel van elektroniese media by 'n nasionale inligtingsnetwerk vir mediese informatika kan inskakel, wat selfs deur die publiek vir sekere behoeftes benut sou kan word.

Die Boodskapversterking-strategie

Hierdie strategie is uitsluitlik daarop gerig om media te benut om bepaalde boodskappe wat reeds tevore oorgedra is, te versterk, byvoorbeeld ten opsigte van die gesondheidsrisiko's van rook en dwelmmisbruik, of algemene onderwerpe soos die voordele van gesonder lewenstyl. Uiteraard behoort hierdie strategie in samehang met die voorafgaande moontlikhede aangewend te word, byvoorbeeld in opvolg van 'n sekere Uitsaai-Veldtogstrategie. In hierdie strategie is die massamedia 'n belangrike kommunikasiekanaal vir voorkomende gesondheidsopvoeding op alle vlakke. Spesifieke mediaboodskappe sou byvoorbeeld aangewend kan word om, op die vlak van primordiale voorkoming, die voordele van bepaalde kultuur-gevestigde gewoontes vir 'n gesonder lewenstyl te versterk. Hieronder is boodskappe oor die voordele van sekere kulturele eetgewoontes (vide, h4:94) of geheelonthouding van alkoholgebruik op grond van godsdiensooruigings enkele voorbeelde.

9.2.2.5 Riglyne vir sosio-kulturele sensitiwiteit

Sosio-kulturele sensitiwiteit is een van die belangrikste en voorvereistes vir boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele gemeenskap. 'n Sekere boodskap kan immers vir bepaalde teikengroepe of gemeenskappe ontoepaslik wees, terwyl dieselfde boodskap vir 'n ander gehoor aanvaarbaar kan wees. Verskeie vorme van 'n bepaalde boodskap is dus moontlik (en dikwels noodsaaklik) om die behoeftes en omstandighede van verskillende gemeenskappe te akkommodeer.

Dit moet beklemtoon word dat mediaboodskappe nie van die gekontekstualiseerde kommunikasienetwerk waarin kulturele waardes, taal en sosiale gebruike die betekenis van mediaboodskappe bepaal, losgemaak kan word nie. Die volgende voorbeeld van 'n advertensie by 'n bushalte in die Vrystaat illustreer die moontlike gevare van kultuurvreemde mediaboodskappe weer eens: "The goalkeeper in a Virginia outdoor ad was identified by township drinkers as a Muslim ... and Muslims don't drink alcohol" (Green & Lascaris 1990:118). In die lig hiervan is boodskaptoepaslikheid afhanklik van, en word dit telkens bepaal deur, 'n teikengerigte benadering en deeglike situasie-analise, soos Greene en Lascaris (1990:3) die toepassing in ontwikkelende lande verduidelik: "You talk *to* people *from* a Third World base, not *down to* them".

Oor die algemeen behoort sosio-kulturele sensitiwiteit op die volgende wyses in mediagebruik neerslag te vind, naamlik:

- * 'n groter bewustheid dat alle kommunikasie in 'n gegewe sosio-kulturele konteks, wat die betekenis van boodskappe vir verskillende individue en groepe beïnvloed, plaasvind;
- * 'n groter bewustheid dat die betekenis van kommunikasiekodes oor kultuurgrense heen soms ingrypend kan verskil;

- * deeglike ontleding van sosio-kulturele effekte en moontlike struikelblokke rondom die gebruik van spesifieke media asook kommunikasiekodes; en
- * die ontwerp van oudiovisuele programmatuur wat die kultuurdiversiteit van verskillende teikengroepe (leerders) weerspieël.

Die gedrukte media het oor die afgelope jare nader beweeg aan 'n veeltalige karakter in joernalistieke berriggewing om die kulturele verskeidenheid en uiteenlopende behoeftes van die lande se verskillende gemeenskappe meer doelgerig te akkommodeer. 'n Uitstekende voorbeeld is die tydskrif *Bona* wat in vier tale gepubliseer word, terwyl die Engelse weergawe van *Huisgenoot* onder die naam *YOU* verskyn. Sommige koerante volg reeds jare die beleid om die standpunte oor 'n bepaalde onderwerp van verskillende bevolkingsgroepe te publiseer en selfs hoofartikels uit te ruil. Die South African Broadcasting Corporation (SABC) het 'n gedifferensieerde uitsaaistrategie wat beide die breë bevolking as teikenmark het (bekend as "broadcasting") en terselfder tyd die eiesoortige behoeftes asook taalvoorkeure van spesifieke gemeenskappe akkommodeer ("narrowcasting"). Kenners soos Viljoen (1994) wys daarop dat radio 'n veel doeltreffender medium vir kultuurspesifieke kommunikasie as ander massamedia soos televisie is. Radio behoort dus meer intensief vir gesondheidsopvoeding op plaaslike gemeenskapsvlak in Suid-Afrika aangewend te word.

9.2.2.6 *Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie*

Alle aspekte van boodskapkodering kan nie hier breedvoerig behandel word nie, aangesien toepaslike boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding 'n veelkantige spesialiseringsterrein is. Wanneer boodskappe vir gesondheidsopvoeding op teikengroepe in 'n multikulturele ontwikkelende omgewing gerig is, vergroot die kompleksiteit van die situasie en dus ook die aantal invloedsfaktore wat in berekening gebring moet word. Derhalwe word algemene riglyne gestel en verder op enkele relevante tegniese aspekte gefokus.

Die noodsaaklikheid van 'n sistematiese benadering tot programbeplanning in gesondheidsopvoeding is tevore bespreek (vide, h 3:57). Sodoende kan die impak en uitkomst van programme verhoog word. In die lig hiervan behoort boodskap- en programmatuurontwerp ook volgens 'n sistematiese werkswyse te verloop, wat afgesien van mediaseleksie, ten minste vyf opeenvolgende stappe in te sluit.

- * Formulerings van die boodskapdoelwitte.
- * Analise van die teikengehoor se kommunikasievaardighede (byvoorbeeld media-geletterdheid en mediavorkeure).
- * Boodskapontwerp volgens die koderingskenmerke en inligtingkapasiteite van die betrokke medium of media.
- * Formatiwe evaluering om die toepaslikheid en tegniese kwaliteit van die boodskapontwerp te bepaal.

- * Modifikasie en verbetering van die prototipe boodskapontwerp na aanleiding van die resultate van formatiewe evaluering (Redman 1988:188; Hubley 1994:165).

Vanuit 'n kommunikasie-oogpunt kan verskillende benaderings gevolg word in boodskapontwerp vir gesondheidsopvoeding, byvoorbeeld die vreesbenadering, die emosionele benadering en die humoristiese benadering (vide, h6:151-153). Aangesien die onderskeie benaderings telkens 'n eiesoortige karakter aan gesondheidsboodskappe verleen wat die oorredingsimpak van boodskappe beïnvloed, behoort die verskillende moontlikhede oordeelkundig toegepas te word. Soms sou dit byvoorbeeld meer gepas wees om 'n "indirekte" boodskap te gebruik wat nie ooglopend poog om die gehoor van 'n bepaalde standpunt te oortuig nie. In ander gevalle behoort die feitelike inligting duidelik en reguit gestel te word, byvoorbeeld in geval van opvoedingsprogramme oor dwelmmisbruik. In sommige gevalle sou 'n kombinasie meer effektief wees, byvoorbeeld die objektiewe benadering in kombinasie met die humoristiese benadering in geval van VIGS-voorligting aan tieners of studente.

In die empiriese fase van hierdie navorsing is groter duidelikheid oor die belangrikste riglyne vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding verkry. Die bevindinge wat daaruit voortgevloei het (vide, h8:211-219), behoort rigting te gee aan die soeke na die ideale formule vir toepaslike boodskapkodering. Uit die betrokke ondersoek kan die volgende spesifieke riglyne vir die praktyk geformuleer word:

- * Meer klem moet op kommunikasie-aspekte as opvoedkundige oorwegings in boodskapkodering geplaas word, alhoewel die rol van opvoedkundige behoeftes en riglyne steeds belangrik is.
- * Die rol van noukeurige teikenontleding in toepaslike boodskapkodering moenie onderskat word nie. Met die oog op kulturele kontekstualisering van boodskappe in gesondheidsopvoeding, is deeglike ontleding van die mediageletterdheid en kultuurspesifieke taalgebruik van verskillende teikengroepe waarskynlik die belangrikste bepalende faktore wat boodskaptoepaslikheid bepaal.
- * Die tegniese inkleding van oudiovisuele boodskappe is 'n deurslaggewende faktor in die impak van mediaboodskappe, maar die oorbeklemtoning van visuele effekte en sterk grafiese styl kan tot verwarring by die teikengehoor lei.
- * Alhoewel tegnieke wat die emosionele betrokkenheid van die gehoor stimuleer, minder belangrik as feitelike doelwitte is, is eersgenoemde steeds waardevol om die impak van boodskappe te verbeter.

Met inagneming van die variërende vlakke van geletterdheid in ontwikkelende gemeenskappe, sou dit 'n foutiewe aanname wees dat alle teikengroepe reeds oor 'n basiese kennisvlak (agtergrond) van 'n bepaalde onderwerp vir gesondheidsopvoeding beskik of ten minste van sekere gesondheidsrisiko's bewus is. Boodskappe wat op sodanige foutiewe aannames gebaseer is, kan daartoe lei dat sekere individue, groepe of gemeenskappe nie met die betrokke boodskappe kan identifiseer nie. Ontoepaslike

boodskappe sou selfs tot die polarisasie van opinies, houdings en persepsies oor bepaalde onderwerpe soos aborsie en kontrasepsie by verskillende kultuurgroepe kon lei. Daarom is dit noodsaaklik om 'n teikengedifferensieerde benadering in boodskapontwerp te volg, soos die voorbeeld vir ontwerp van gedrukte materiaal aan leergestremde kinders in bylae 9D (p.296) illustreer. Daarvolgens geld riglyne soos die gebruik van soveel moontlike visuele materiaal en so min moontlik teks, asook die aanbieding van teks in kort sinne om die verstaanbaarheid en uiteindelijke retensie van inligting vir die betrokke groep te verbeter.

'n Aspek van toepaslike boodskapontwerp wat meer breedvoerige aandag vereis, is media-akkulturasië. Soos tevore aangetoon deur die moontlikhede van kultuurvreemde taalgebruik, liggaamstaal, humor en visuele beelde, is kultuuraspekte van kommunikasie moeilik veralgemeenbaar. Gevolglik is bepaalde algemene riglyne vir boodskap-toepaslikheid en mediagebruik by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele situasie neergelê (vide, h6:176-178). 'n Aantal verdere praktiese riglyne oor media-akkulturasië kan bygevoeg word.

- * Kulturele kontekstualisering kan die geloofwaardigheid van boodskappe verhoog, wanpersepsies verminder en die relevansie van gesondheidsopvoeding verbeter, byvoorbeeld deur maklik herkenbare voorwerpe uit 'n teikengroep se lewenswêreld, eiesoortige liggaamstaal of unieke grafiese kommunikasiekodes in visuele ontwerpe in te sluit.
- * Vir ongeletterdes moet visuele kommunikasie voorrang geniet, tensy persone beskikbaar is om geskrewe teks voor te lees.
- * Dit is belangrik om met die graad (sofistikasievlak) en omvang van kultuurspesifieke boodskapcodes in boodskapformulering rekening te hou, omdat die meeste ontwikkelende gemeenskappe in 'n mindere of meerdere mate blootgestel is aan, en beïnvloed word deur, Westerse waardes asook lewenstyl. Gevolglik behoort sekere boodskappe byvoorbeeld vir VIGS-opvoeding aan geheel ongeletterde groepe in landelike gebiede te verskil van boodskappe vir groepe in voorstedelike gemeenskappe wat oor leesvaardighede beskik. Terselfdertyd behoort die graad van beeldabstraksie in visuele media aangepas te word by die vlak van visuele geletterdheid in spesifieke teikengroepe.
- * Die skep van oorspronklike programmatuur, veral in die elf amptelike landstale, is 'n duur en tydrowende onderneming. Gevolglik kan die "aanneem en aanpas" ("adopt and adapt") strategie (vide, h7:192) gevolg word om produksiekoste te verlaag. In die praktyk behels hierdie strategie dat materiaal waarvan sekere komponente soos illustrasie en diagramme in pamflette of plakkate wel vir verskillende teikengroepe geskik is in die oorspronklike vorm herbenut word, maar die betrokke teks word vir ander taalgroepe vertaal.
- * Letterlike vertalings van bestaande teks, byvoorbeeld vertaling van Afrikaanse teks in Xhosa of Sotho, is nie voldoende indien dit nie met kulturele kontekstu-

alisering gepaard gaan nie. Al sou dieselfde feitelike inhoud byvoorbeeld in verskillende tale aangebied word, kan die betrokke teks moontlik anders as die oorspronklike skrywer se interpretasie vertolk word, omdat ander kultuurfaktore soos ervaringswêreld afgesien van taal ook 'n invloed op boodskapvertolking het. Vir tradisionale Afrika-gemeenskappe is abstrakte Westerse konsepte soos "tyd is geld" byvoorbeeld 'n vreemde konsep (Du Preez 1989:18). Soms sou vertaling selfs aanpassings van musiek en humor vereis, soos Friend, Galda en Searle (aangehaal deur Ely 1989:31) na aanleiding van hul ervaring tydens die oordrag van wiskundeteks uit Nicaragua na landelike gebiede van Thailand rapporteer: "Because all the original scripts were written in Spanish ... adaptations also were needed in the songs, games, and jokes that are an integral part of the lessons and required comprehensive rewriting to reflect Thai culture". Vertalings behoort dus ook die sosio-kulturele taalidroom van boodskappe te weerpieël.

- * Teksvertaling is 'n gespesialiseerde werk wat gewoonlik hoë finansiële uitgawes meebring. Daarom moet bevoegde vertalers so ver moontlik gebruik word om onnodige uitgawes te voorkom.
- * Teikengehore behoort gekonsulteer te word of vertaling van plaaslike plekname verkies word.
- * 'n Faktor wat die gebruikersvriendelikheid van gedrukte teks vir teikengroepe met beperkte leesvermoë kan verhoog, is die keuse van lettertipe. In hierdie geval is 'n eenvoudige ronde lettertipe soortgelyk aan graad een bordskrif, byvoorbeeld *Century Gothic*, meer toepaslik as lettertipes wat moeilik leesbaar is, byvoorbeeld *Brush Script*, skuinsdruk (*Italics*) of *Helvetica Condensed*, of waarvan sommige karakters soos die letter "a" (soos in hierdie betrokke teks) van die basiese "graad een" styl afwyk.
- * In sommige gevalle verskil die lengte van vertaalde teks van die oorspronklike teks. Geskrewe teks in Xhosa is byvoorbeeld gewoonlik langer as die Afrikaanse of Engelse weergawe. 'n Gepaste voorbeeld in dié verband is die verskillende lengtes van vertalings van die boodskap "Gelukkige Verjaarsdag" in die elf amptelike landstale van Suid-Afrika, soos hieronder aangetoon. In dié geval is die Engelse vertaling die kortste:

Gelukkige Verjaarsdag
 Masego mo letsatsing la gago la matsalo
 Mahlohonolo mo letsatsing la matswalo
 Izilokoto ezinhle nogsuku lwakho lo kuzalwa
 Mahlatse mo letsatsing la gago la matswala
 Sikungwenelela usuku oluhle lokuzalwa kwakho
 Mikateko leyinene ya siku ra kubelekiwa
 Ri ni tamela duvha vhudi la mabebo
 Tilokotfo letinhle ngosuku lwakho lokuzalwa or khula okhokhotele
 Eelokotho ezhile ngosuku lwakho lokuzalwa
 Happy Birthday

- * Weens die verskillende lengtes van vertaalde teks moet addisionele bladsyruimte hiervoor voorsien word, wat tot steurende "oop" spasies in bladsy-uitleg kan lei. Dit sou meer koste-effektief wees om teks in verskillende tale afsonderlik te druk. Ten einde die koste van meertalige produksies te verminder, sou 'n verdere praktiese uitweg wees om dieselfde grafiese materiaal (indien toepaslik) vir alle teikengroepe te gebruik, met byskrifte in die verskillende tale wat benodig word.

Hierdie model probeer geensins 'n finale antwoord bied op die komplekse problematiek van media-akkulturasie in gesondheidsopvoeding nie. Daar heers steeds onduidelikheid oor belangrike aspekte soos die aanvaarbaarheid van uitsluitlik kleurling-, blanke of swart rolmodelle (teenoor 'n "gemengde" groep) in beeldkommunikasie vir 'n veelras-sige gehoor. Green en Lascaris (1988:43) skryf hieroor dat, "...there is still no consensus on whether black is invariably beautiful in a marketing campaign, or if white is right, or if black and white together give you the best of both worlds". Die belangrike algemene riglyn wat egter neergelê moet word, is dat visuele beelde die etniese verskeidenheid en multikulturele karakter van die Suid-Afrikaanse situasie moet weer-spieël sodat verskillende groepe hulle daarmee kan identifiseer en boodskaprelevansie sodoende verhoog. Dié benadering is in 'n onlangse strokiesverhaal vir voorkoming van kindermolestering in Suid-Afrika gevolg, soos die voorbeeld in figuur 9.10 (p.268) illustreer. Daarin tree die voorstelling van kinders uit vier verskillende bevolkings-groepe (tiperende gelaatstrekke) en identifiseerbare kultuurartefakte soos die kam in die kleurlingseun se hare duidelik na vore.

'n Laaste belangrike praktiese riglyn in verband met boodskapontwerp is dat 'n span-poging, waarin verskillende kundiges elk gespesialiseerde insette lewer, gevolg moet word (vide, h2:46). Weens die sleutelrol van kennis oor verskillende geneeskundige onderwerpe in gesondheidsopvoeding is die deelname van die gesondheidsprofessies (byvoorbeeld 'n verpleegkundige of dieetkundige) in hierdie proses onontbeerlik, afge-sien van ander waardevolle rolspelers soos opvoedkundiges, kommunikasiekundiges en mediakundiges. Die ideale spanlid is waarskynlik 'n verteenwoordiger van een of ander gesondheidsprofessie (byvoorbeeld verpleegkundige) met basiese opleiding of praktykervaring in relevante media-aspekte soos programmatuurontwerp, omdat 'n geskikte eindproduk sodoende makliker bereik word en die ontwikkelingsproses meer koste-effektief is indien die ontwerpspan uit minder lede bestaan.

9.2.2.7 Riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid

Verskillende vorme van evaluering is ter sprake in gesondheidsopvoeding, daarom is evaluering ook 'n belangrike komponent van hierdie model. Oor die algemeen kan onderskei word tussen prosesevaluering, impakevaluering en produkevaluering wat onderskeidelik verwys na evaluering van aspekte in verband met die verloop, die kortter-

Figuur 9.10 Etnies-kulturele verskeidenheid in onderrigillustrasie oor kindermolestering in Suid-Afrika (Shapiro s.c p.16)

Zoe is at the beach with her family, but she's not as happy as can be...



Pumla says Zoe has helped them see what Right Number Three on their list can be:



myneffek asook die langtermynresultate van 'n program (vide, h3:73-74). Hierby is verskillende vorme van proses-evaluering en produkevaluering van media ingesluit. Belangrike motiverings vir media-evaluering is om die wyse van mediabenuutting te verbeter, aspekte van boodskapontwerp te identifiseer wat verbeter kan word en die uiteindelik impak op leer asook die verandering van gesondheidsbedreigende gedrag te bepaal. Daarom kan evalueringsinstrumente gebruik word om die volgende vrae te beantwoord:

- * Is die mees toepaslike medium (of media) gebruik met inagneming van die doelwitte, behoefte van 'n teikengroep, beoogde leerervarings en kommunikasiestrategieë?
- * Is die medium sinvol by ander komponente van die program geïntegreer?
- * Is die programmatuur beide uit 'n didaktiese en tegniese oogpunt van hoë gehalte? en
- * Het die medium bygedra tot bereiking van spesifieke doelwitte soos die verandering van kennis, houding, vaardighede en gedrag?

Aangesien die primêre fokus in hierdie navorsing op mediaboodskappe val, word die riglyne wat volg tot aspekte van prosesevaluering in die bepaling van boodskap-toepaslikheid beperk. Die uitgangspunt is dat prosesevaluering 'n onontbeerlike rol in hierdie model vervul, aangesien toepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding van ontoepaslike boodskappe onderskei kan word.

Prosesevaluering (ook genoem: formatiewe evaluering) is 'n bekende praktyk in die produksie van programmatuur vir onderrig en leer (Freysen *et al.* 1989:171; Wilson & Le Roux 1990:107-122; Zahner *et al.* 1994). Uiteraard word formatiewe evaluering dikwels aangewend om kwalitatiewe aspekte van programmatuur vir gesondheidsopvoeding te evalueer (Baggaley 1988:15-16; Stockdale *et al.* 1989:129-130; Marshall & Evans 1992:21; Vahabi & Ferris 1995:100-103). Evalueringsriglyne vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding behoort meetbare kwalitatiewe standaarde aan te dui. Volgens Robinson (1996:189) hou die evaluering van programmatuur vir onderrig en leer met kwaliteitsversekering verband, wat op gehaltebebeer gerig is en die spesifisering van vereiste standaarde waaraan 'n bepaalde produk of diens moet voldoen, insluit.

In die inleidende hoofstuk is reeds aanduiding gegee van spesifieke riglyne aan die hand waarvan doeltreffende mediagebruik vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande evalueer behoort te word, byvoorbeeld: relevansie, toepaslikheid, bruikbaarheid, en toeganklikheid (vide, h1:23-24). Hierdie vereistes sluit aan by die volgende algemene riglyne vir beplanning van primêre gesondheidsorgprogramme naamlik: beskikbaarheid, bekostigbaarheid, toeganklikheid, relevansie en effektiwiteit (Pietroni & Pietroni 1996:88-95). Uit Roux (1995:365-366) se opmerking blyk dit duidelik dat beide inhoudelike, didaktiese en tegniese maatstawwe in media-evaluering vir gesond-

heidsopvoeding geldig is, want mediaboodskappe vir hierdie spesifiek doel moet ten minste aan die volgende basiese vereistes voldoen, naamlik:

- i) eenvoudige boodskapformulering;
- ii) relevansie tot die daaglikse leef- en ervaringswêreld van pasiënte; en
- iii) stimulering tot aksie om oplossings vir persoonlike gesondheidsprobleme te vind.

Kommunikatief gesproke sou 'n evalueringsbenadering tot boodskaptoepaslikheid onder andere antwoorde op die volgende relevante vrae probeer verkry:

- * Is toepaslike media gebruik en die boodskapstrategie, byvoorbeeld 'n gebalanseerde benadering of humoristiese benadering, geskik?
- * Het die boodskappe die beoogde teikengroep bereik?
- * Het die boodskappe die aandag van die teikengehoor behou?
- * Was die boodskap vir die betrokke teikengehoor verstaanbaar?
- * Het die boodskap daarin geslaag om die beoogde doelwitte, byvoorbeeld verandering van houding of gedrag, te bereik?

Soverre dit die sosio-kulturele toepaslikheid van boodskappe betref, is die mate waarin betekenisvolle inligting vir individue en gemeenskappe in spesifieke situasies toeganklik gemaak word om ingeligte besluite te neem waarskynlik een van die belangrikste evalueringskriteria (Hungwe 1989:23). In dié verband wys Lewy (1987:75) op vier algemene kategorieë kriteria vir evaluering van opvoedkundige televisieprogramme binne 'n multikulturele omgewing, soos in bylae 9E (p.297) aangetoon. Daarvolgens is die geldigheid, balans, aanbieding, geheelbeeld en realisme van inligting bepalend vir verhoogde boodskaptoepaslikheid. Verder stel Massey (1986:52) twaalf algemene riglyne vir funksionele gesondheidsopvoedingprogrammatuur aan 'n multikulturele gehoor op skoolvlak, byvoorbeeld

- * sluit visuele materiaal in wat die kultuurdiversiteit van die samelewing weerspieël;
- * gebruik visuele materiaal wat verskille ten opsigte van etnisiteit en geslag in 'n positiewe lig stel;
- * bevorder die selfbeeld van individuele groeplede;
- * verhoog die algemene bewustheid van sosio-kulturele verskille in die samelewing;
- * stel alternatiewe vorme van beskikbare gesondheidsorg soos tradisionele geneeskunde, homeopatie en akupunktuur;
- * produseer materiaal wat bekostigbaar is;
- * gee prioriteit aan aktuele onderwerpe vir die betrokke groep, byvoorbeeld dwelmmisbruik en geslagsverhoudings; en
- * vermy kunsmatige vorme van media-akkulturasie byvoorbeeld deur slegs die name van persone of onderskeidende visuele kodes soos velkeur van rasse te wysig ("tokenism").

'n Belangrike kwalitatiewe evalueringsaspek waaroor geen spesifieke riglyne in die literatuur gevind kon word nie, is die bepaling van relatiewe boodskaptoeepaslikheid. Atkin en Arkin (1990:19) stel die behoefte aan 'n sisteem waarvolgens mediaboodskappe gegradeer kan word, wat mediagebruikers in staat kan stel om makliker tussen toepaslike en ontoepaslike gesondheidsboodskappe te onderskei. Gevolglik verskuif die aandag vervolgens na 'n evalueringsmeganisme wat gebruik kan word om die vlak van media- en boodskaptoeepaslikheid te bepaal.

Hierdie meganisme kan as die drieluik-evalueringsmodel beskryf word, aangesien dit op die drie strukturele hoekstene vir boodskaptoeepaslikheid in gesondheidsopvoeding gebaseer is. Die teoretiese vertrekpunt is dat boodskaptoeepaslikheid telkens bepaal word deur die relatiewe beklemtoning van die drie sleutelkomponente, naamlik: i) gesondheidsopvoeding, ii) toepaslike mediagebruik, en iii) sosio-kulturele sensitiwiteit. Deur twee van die drie sleutelkomponente telkens te kombineer, tree drie verskillende dimensies van die drieluikbenadering na vore.

- | | |
|-------------|--|
| Dimensie 1: | Toepaslike mediagebruik in samehang met Gesondheidsopvoeding. |
| Dimensie 2: | Toepaslike mediagebruik in samehang met Sosio-kulturele sensitiwiteit. |
| Dimensie 3: | Gesondheidsopvoeding in samehang met Sosio-kulturele sensitiwiteit. |

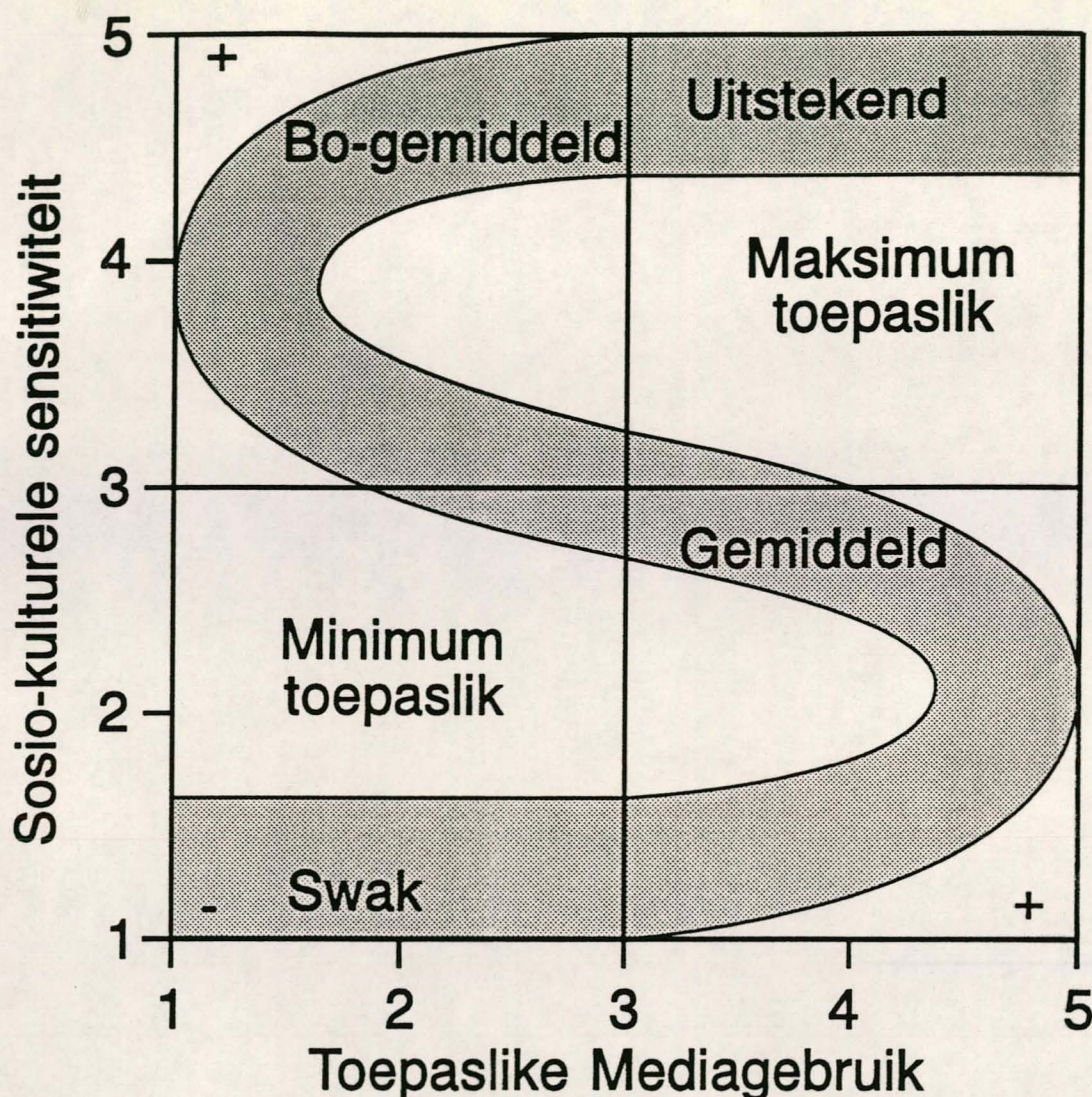
Uit die onderskeid tussen bogenoemde dimensies kan afgelei word dat die drieluik-evalueringsmodel drie toepassingsmoontlikhede in gesondheidsopvoeding het. Vanweë die fokus op boodskappe en media in hierdie navorsing word 'n toepassing in een van die drie dimensies beprek, naamlik toepaslike mediagebruik in samehang met sosio-kulturele sensitiwiteit, aan die hand van die diagrammatiese voorstelling in figuur 9.11 (p.272).

Die horisontale as van die diagram verteenwoordig verskillende grade van toepaslike mediagebruik, waarvolgens vyf variasies (aangetoon deur middel van 'n positiewe neiging en negatiewe neiging met behulp van die syfers 1 tot 5, waar die syfer 5 die mees positiewe gradering voorstel) onderskei kan word. Die spesifieke betekenis van die onderskeie simboliese syfers op hierdie as is soos volg:

1. Media is geensins vir gesondheidsopvoeding geskik nie.
2. Media is in enkele opsigte vir gesondheidsopvoeding geskik.
3. Media is min of meer vir gesondheidsopvoeding geskik.
4. Mediaboodskappe is in verskeie opsigte vir gesondheidsopvoeding geskik.
5. Mediaboodskappe is in alle opsigte vir gesondheidsopvoeding geskik.

Op soortgelyke wyse verteenwoordig die verskillende syfers op die vertikale as moontlike variasies van sosio-kulturele sensitiwiteit. In hierdie geval is die betekenis van die onderskeie syfers soos volg:

Figuur 9.11 Die toepaslike mediagebruik / sosio-kulture sensitiviteitsdimensie by evaluering van boodskaptoeepaslikheid



Toepaslike Mediagebruik:

1. Media is geensins vir gesondheidsopvoeding geskik nie.
2. Media is in geringe mate vir gesondheidsopvoeding geskik.
3. Media is min of meer vir gesondheidsopvoeding geskik.
4. Mediaboodskappe is in verskeie opsigte vir gesondheidsopvoeding geskik.
5. Mediaboodskappe is in alle opsigte vir gesondheidsopvoeding geskik.

Sosio-kulturele sensitiviteit:

1. Program fokus op breë gemeenskap as teiken.
2. Program fokus op verskillende teikengroepe met uiteenlopende kenmerke.
3. Program gee beperkte aandag aan sosio-kulturele verskille van sekere teikengroepe.
4. Program weerspieël algemene sosio-kulturele kenmerke van 'n spesifieke teikengroep.
5. Program weerspieël alle essensiële sosio-kulturele kenmerke en faktore van 'n spesifieke teikengroep.

1. Die program fokus op die breë gemeenskap as teiken.
2. Die program fokus op verskillende teikengroepe met uiteenlopende kenmerke.
3. Die program gee beperkte aandag aan sosio-kulturele verskille van sekere teikengroepe.
4. Die program weerspieël algemene sosio-kulturele kenmerke van 'n spesifieke teikengroep.
5. Die program weerspieël alle essensiële sosio-kulturele kenmerke en faktore van 'n spesifieke teikengroep.

Op praktiese vlak bied bogenoemde meganisme die moontlikheid om die relatiewe toepaslikheid van bepaalde programmatuur (byvoorbeeld 'n videoprogram, plakkaat of pamflet) vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap te kategoriseer. Dit word moontlik gemaak deur die inkorporering van 'n kontinuum van moontlike grade van toepaslikheid, soos voorgestel deur die aaneenlopende S-vormige "suksekskurwe" in die vier vier kwadrante van die diagram.

'n Videoprogram of pamflet kan byvoorbeeld in die proses van mediaseleksie evalueer word in terme van beide die toepaslikheid daarvan vir 'n sekere doel in gesondheidsopvoeding, asook die mate van sosio-kulturele sensitiwiteit wat in die media-keuse en boodskapontwerp weerspieël word. Wanneer die resultate van die twee afsonderlike prosesse gekombineer word, kan die produk grafies deur middel van die skale op die horisontale en vertikale asse in die diagram aangedui word. Die resultaat word deur middel van 'n simboliese punt in enige kwadrant van die diagram geposisioneer, byvoorbeeld die kombinasie van 'n kwalitatiewe waarde drie op die horisontale as en 'n waarde vier op die vertikale as. Sodoende kan die betrokke medium in terme van hoë toepaslikheid, bogemiddelde toepaslikheid, gemiddelde toepaslikheid of lae toepaslikheid geklassifiseer word. 'n Bepaalde videoprogram sou gevolglik as hoogs toepaslik geklassifiseer kan word indien beide sosio-kulturele sensitiwiteit en toepaslike mediagebruik daarin sterk figureer (met 'n simboliese skaalwaarde van vier of vyf op die onderskeie asse). Daarenteen sou die toepaslikheidsgraad van dieselfde program laag wees indien beide die toepaslikheid van mediagebruik en sosio-kulturele sensitiwiteit gering is ('n simboliese skaalwaarde van een of twee op die onderskeie asse).

Binne hierdie model sou die suksesgraad bogemiddeld wees indien die betrokke program 'n hoë mate van sosio-kulturele sensitiwiteit (byvoorbeeld 'n skaalwaarde van vier), maar gemiddelde of lae mate van toepaslike mediagebruik (byvoorbeeld 'n skaalwaarde van drie of twee) weerspieël. Die uitgangspunt is dat 'n verskeidenheid sosio-kulturele faktore meer deurslaggewend vir boodskaptoepaslikheid as mediafaktore in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap is.

Die drieluik-evalueringsmodel maak dit moontlik om tussen media (met inbegrip van die boodskappe binne verskillende media) wat wel toepaslik vir gesondheidsopvoeding in hierdie situasie is, en ontoepaslike media, op grond van bepaalde kwalitatiewe

kenmerke te onderskei. Hierdie model illustreer ook duidelik dat media- en boodskap-toepaslikheid in wese 'n relatiewe konsep met verskeie graadmoontlikhede is. In dié sin hou media- en boodskaptoepaslikheid met die grondbeginsels van toepaslike tegnologie verband. Schumacher het oorspronklik die term intermediêre tegnologie gebruik ter beskrywing van tegnologie wat vir die behoeftes, tegnologiese vermoëns en omstandigede in ontwikkelende lande geskik is (vide, h4:82). Hiermee word volstaan soverre dit die bespreking van die drieluik-evalueringsmeganisme betref.

Die indruk mag ontstaan dat die voorafgaande drieluikmodel bestaande evalueringsinstrumente soos kwaliteitskontrolevraelyste vir verskillende mediatipes soos videoprogramme, rekenaarondersteunde onderrigprogramme en gedrukte pamflette vervang. Dit is egter nie die geval nie. Dit moet juis beklemtoon word dat hierdie betrokke model, hoewel met 'n eiesoortige doel, in kombinasie met bestaande evalueringsinstrumente vir verskillende media gebruik moet word om die meeste praktiese waarde te hê. Daar is immers reeds waardevolle metingsinstrumente beskikbaar wat vir die doel van media- en boodskapevaluering in gesondheidsopvoeding benut kan word, byvoorbeeld vir die evaluering van gesondheidsinligting (Bylae 9F, p.298) en rekenaarprogramme vir gesondheidsopvoeding op skoolvlak (Bylae 9G, p.299).

Die beskikbare mediaspektrum in gesondheidsopvoeding dek 'n wye veld (vide, h5:103-115). Derhalwe is dit onmoontlik om die spesifieke tegniese evalueringskriteria vir elke individuele medium hier volledig te bespreek. Ten einde te illustreer dat elke besondere medium eiesoortige evalueringskriteria vereis wat onder andere die betrokke medium se inherente boodskapcodes in berekening bring, word enkele toepaslike voorbeelde genoem.

Van Vuuren en Herselman (1987:305) stel 'n aantal vereistes vir evaluering van opvoedkundige televisieprogramme, onder andere:

- * die doeltreffendheid van 'n program, in terme van die mate waarin bepaalde opvoedkundige doelwitte bereik is;
- * formele eienskappe van 'n program (in terme van aanbieders, musiek, humor, grafika, tempo, ens) wat die impak bepaal; en
- * die populariteit van 'n program, in terme van relevansie tot die teikengehoor se ervaringswêreld en kykergetal.

Volgens Lowe (1993:108-110) behoort sekere vrae tydens evaluering van onderrig-illustrasies en diagramme beantwoord te word.

- * Dra die voorstelling by tot bemeestering van spesifieke leertake?
- * Is die teikengroep in staat om spesifieke aspekte van die voorstelling na verloop van tyd te herroep?
- * Is die teikengroep in staat om inligting in die betrokke voorstelling met bestaande kennisvlak te integreer?
- * Is die teikengroep in staat om kennis wat uit die voorstelling verwerf is, toe te pas?

Op soortgelyke wyse noem Folmer et al. (1992:45-47) en Hubley (1994:160) ook eenvoudige vrae om die toepaslikheid van pamflette en grafika vir gesondheids-opvoeding in ontwikkelende lande te evalueer.

- * Is die teks verstaanbaar en stimulerend aangebied?
- * Is die inligting relevant en volgens die teikengroep se behoefte asook kennisvlak?
- * Is sekere aspekte oorbodig, verwarrend of onvoldoende behandel?
- * Is praktiese wenke maklik uitvoerbaar?
- * Lyk die situasie in die voorstelling bekend?
- * Wat stel die illustrasie voor?
- * Stel die figure in die illustrasie spesifieke mense (byvoorbeeld mans, vroue, kinders, 'n siek persoon, ens) voor?

Hierbenewens is verskillende formules beskikbaar om die leesbaarheid van onder-riktteks te bepaal, byvoorbeeld die *Flesch Readability Formula*, *Fry Readability Scale*, en *SMOG Formula* (Redman 1988:153-160). Vahabi & Ferris (1995:102) rig egter die waarskuwing dat die uitsluitlike gebruik van sodanige formules om teks-leesbaarheid te bepaal wanvoorstellings kan skep, omdat ander visuele kommunikasiefaktore soos teksuitleg, tipografie en teksgrootte ewe belangrike bepalende faktore is.

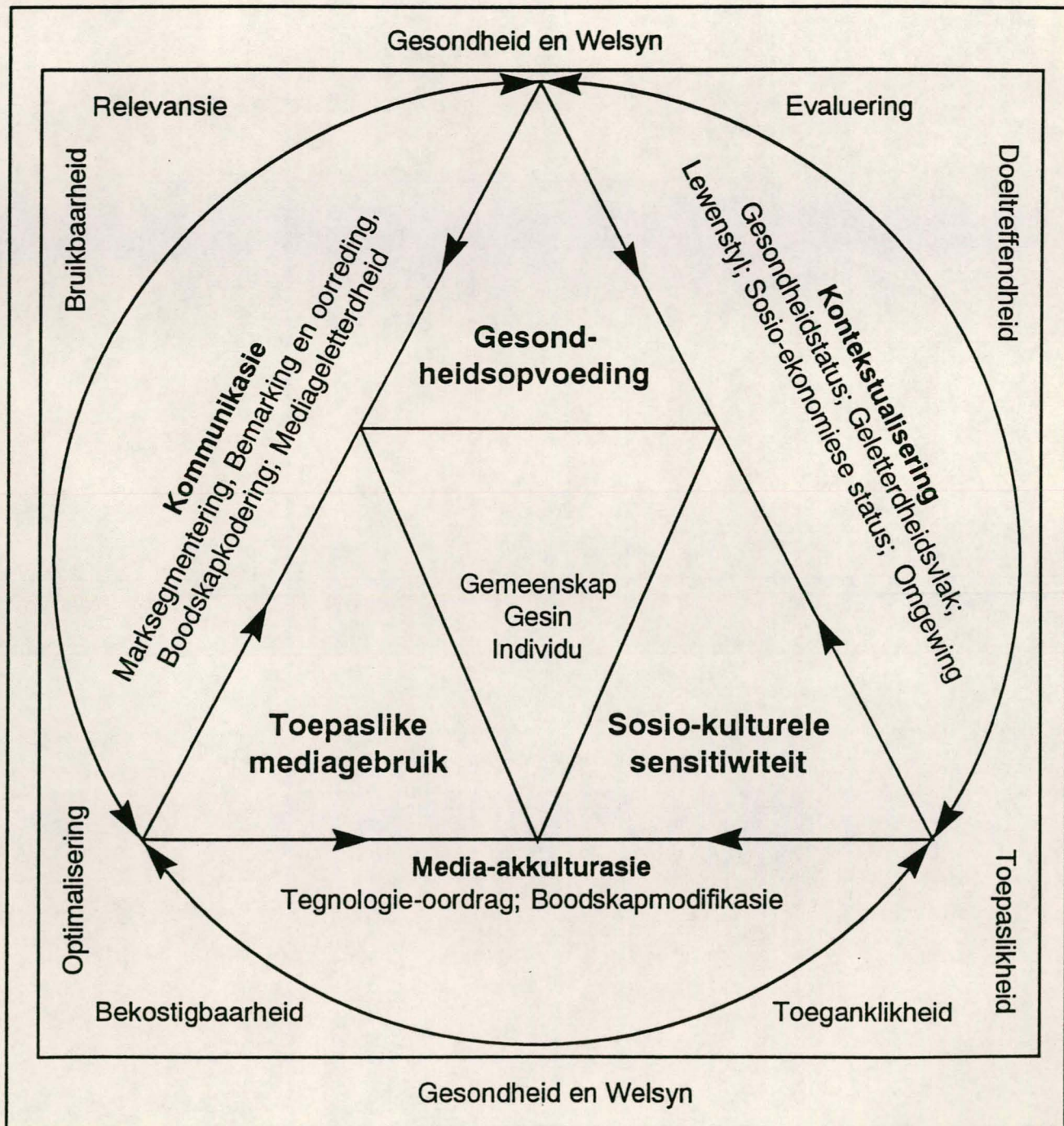
9.2.2.8 Sintese

Die verskillende bydraende komponente van die model is in die voorafgaande paragrafe onder bepaalde subhoofde bespreek. Vanweë die volgorde van die verskillende komponente sou die indruk kon ontstaan dat sommige aspekte voorrang bo ander geniet, of dat elke komponente as 'n geïsoleerde entiteit beskou moet word. Daar bestaan egter 'n noue onderlinge samehang tussen die verskillende komponente van die model, wat eerder as onderskeibare dimensies van 'n veelkantige konsep gesien moet word. Daarom is die drie fundamentele hoekstene aanvanklik reeds met sekere oorvleuelende areas voorgestel (vide, figuur 9.8 p.257).

Ten einde die samehang tussen die verskillende bydraende komponente te beklemtoon, kan die model diagrammaties soos in figuur 9.12 (p.276) voorgestel word. Uit dié voorstelling word die volgende kenmerke uitgelig:

- * Die model dui die belangrikste komponente van 'n geïntegreerde sisteem met drie hoeksteenbegrippe, drie sekondêre begrippe, agt fundamentele beginsels en die primêre teikens aan. Al hierdie genoemde komponente en beginsels staan op die breë platform van gesondheid en welsyn - dit is met ander woorde gerig op die bevordering van mense se gesondheid en welsyn.
- * Die agt algemene grondbeginsels, wat vir alle bydraende komponente en dimensies in die model geld, is bruikbaarheid, relevansie, optimalisering, bekostigbaarheid, toeganklikheid, toepaslikheid, doeltreffendheid en evaluering.

**Figuur 9.12 'n Model vir boodskaptoepaslikheid by
gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele
ontwikkende gemeenskap**

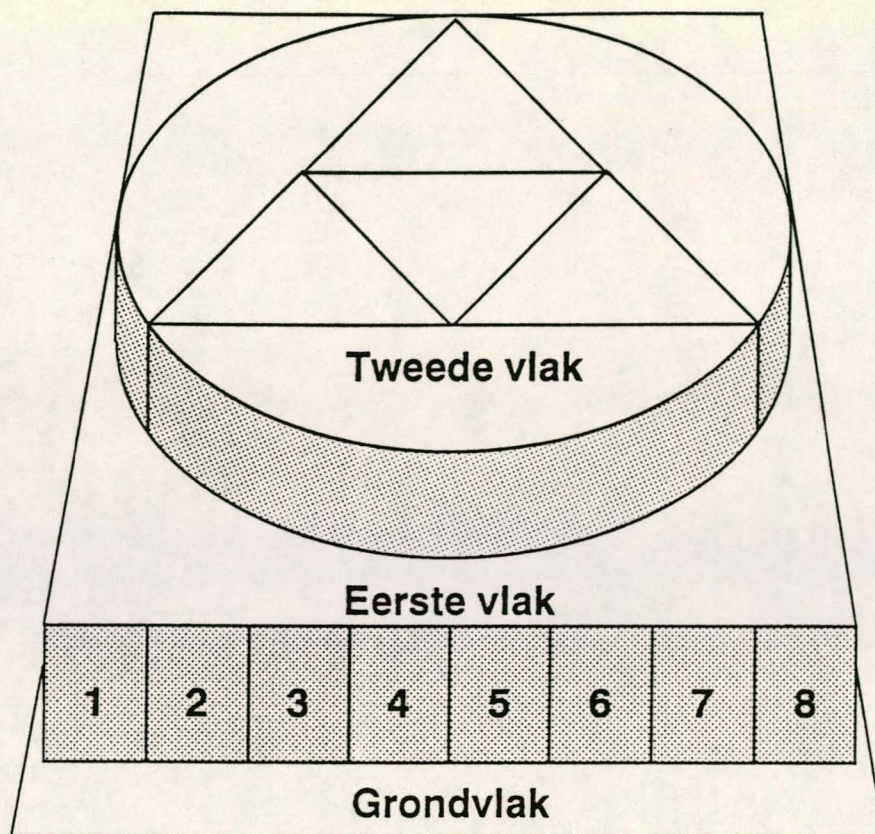


- * Die drie sentrale hoekstene van die model is gesondheidsopvoeding, toepaslike mediagebruik en sosio-kulturele sensitiwiteit.
- * Die drie sekondêre komponente wat uit 'n kombinasie van die drie primêre hoekstene ontstaan, is kommunikasie, media-akkulturasie en kontekstualisering. Elk van die sekondêre grondbegrippe dui sleutelaspekte wat in die praktyk aandag moet geniet, aan. So behoort media-akkulturasie ten minste op die identifisering en ontwikkeling van toepaslike tegnologie, tegnologie-oordrag, toepaslike boodskapontwerp vir 'n bepaalde teikengroep in gesondheidsopvoeding en modifikasie van boodskappe om bepalende sosio-kulturele faktore te weerspieël, in te sluit. Ten opsigte van kontekstualisering word onder meer na die invloed van faktore soos die gesondheidstatus, geletterdheidsvlak, sosio-ekonomiese ontwikkelingsvlak en lewenstyl van verskillende teikengroepe ontleed. Die kommunikasiedimensie vereis onder andere duidelike doelstelling, marksegmentering, mediaseleksie en ontleding van die teikengehoor se media-geletterdheid, afgesien van die toepassing van toepaslike strategieë soos oorredingskommunikasie.
- * Die primêre teikens op wie boodskappe in gesondheidsopvoeding gerig is, is individue, spesifieke groepe soos gesinne en die gemeenskap as geheel.

In ag genome die feit dat onderskei kan word tussen fundamentele beginsels en primêre asook sekondêre bydraende komponente, behoort die onderlinge verband tussen die verskillende sisteemkomponente ook op 'n vertikale vlak verduidelik te word. Figuur 9.13 (p.278) illustreer dat drie vertikale vlakke onderskei kan word, naamlik die breë platform van gesondheid en welsyn op die grondvlak, die agt fundamentele beginsels op die eerste vlak, en die drie primêre hoekstene asook drie sekondêre komponente op die tweede vlak. By implikasie kan die fundamentele beginsels as't ware as agt bene waarop die primêre hoekstene en sekondêre komponente van die model staan, gesien word.

Die verskillende grondbeginsels en komponente van die model verteenwoordig 'n veelkantige komplekse sisteem met subsisteme wat in verhoogde boodskap-toepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap ter sprake kom. Ten einde die prentjie meer volledig voor te stel, kan die fundamentele beginsels en die primêre hoekstene verbesonder word, soos figuur 9.14 (p.279) en figuur 9.15 (p.280) onderskeidelik illustreer. Die sleutelaspekte wat in die voorstellings vervat is, is op die bevindinge van die teoretiese fase van hierdie navorsing gebaseer. Sekere fundamentele beginsels, byvoorbeeld bruikbaarheid, bekostigbaarheid en toeganklikheid is in hierdie studie slegs kortliks bespreek (vide, h1:24), omdat omvattende ondersoek daarvan buite die doelwitte van die studie geval het. Op dieselfde wyse as in geval van die verskillende grondbeginsels, toon die besonderhede in figuur 9.15 die belangrikste riglyne ten opsigte van onderskeidelik

Figuur 9.13 Verskillende vlakke van die model vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding



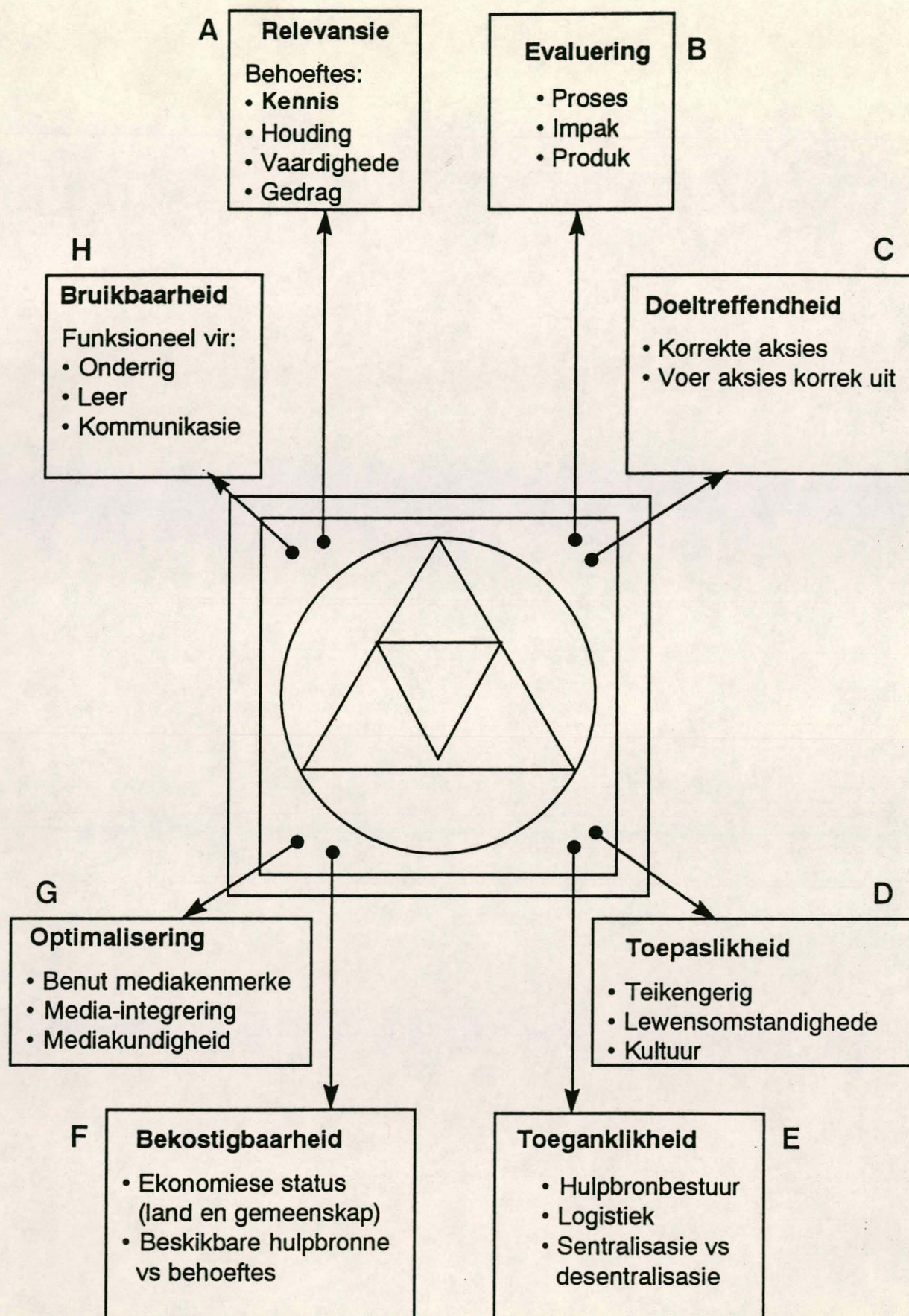
Grondvlak: Gesondheid en Welsyn

Eerste vlak: Relevansie (1), Bruikbaarheid (2), Optimalisering (3), Bekostigbaarheid (4), Toeganklikheid (5), Toepaslikheid (6), Doeltreffendheid (7), Evaluering (8).

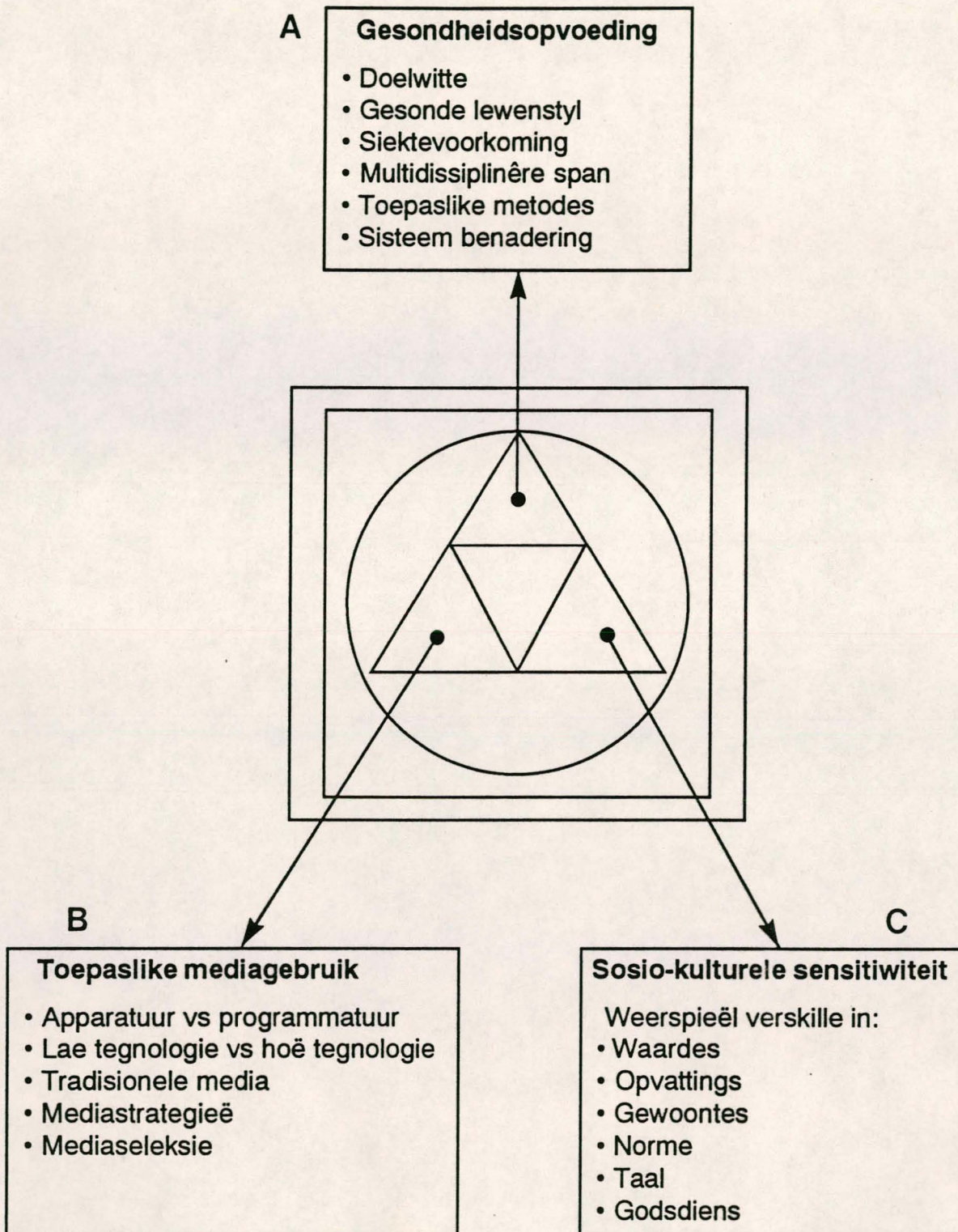
Tweede vlak: *Primêre komponente:* Gesondheidsopvoeding, Toepaslike mediagebruik, Sosio-kulturele sensitiwiteit.
Sekondêre komponente: Kommunikasie, Kontekstualisering, Media-akkulturasië

gesondheidsopvoeding, toepaslike mediagebruik en sosio-kulturele sensitiwiteit wat behoort aandag te geniet in boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap. Daarom word onder andere die belangrikheid van laetegnologie (teenoor hoëtegnologie), tradisionale media en bepaalde sosio-kulturele aspekte soos opvattinge, lewenswaardes, gewoontes, taal en godsdiens beklemtoon.

Figuur 9.14 Eerstevlak-beginsels van die model vir boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding



Figuur 9.15 Tweedevlak-beginsels van die model vir boodskaptoeepaslikheid in gesondheidsopvoeding



9.3 'N TEORETIESE TOEPASSING VAN DIE MODEL BINNE 'N MULTI-KULTURELE ONTWIKKELENDE GEMEENSAP IN DIE RSA

Die modelontwerp vir boodskaptoevaslikheid in gesondheidsopvoeding wat in die voorafgaande bespreek is, is hoofsaaklik konseptueel van aard. Ten einde die implikasies daarvan vir gesondheidsopvoeding op voetsoolvlak duideliker te illustreer, word ten slotte 'n toepassing van die model in 'n geselekteerde ontwikkelende gemeenskap gemaak. Hierdie is slegs 'n teoretiese toepassing ter aanduiding van hoe die model wat gegenereer is in spesifieke programme en situasies vir voorkomende gesondheidsopvoeding aangewend kan word. Besonderhede word dus in die vorm van 'n beplanningsraamwerk gegee, wat in die praktyk meer breedvoerig gespesifiseer moet word om die hoogste moontlik impak te verseker. Die veronderstelling is dat al die gestelde riglyne wat in die modelontwerp ingesluit is by die implementering nagevolg sal word. By implikasie behoort doelstelling, teikengehoorontleding, media-seleksie, verskillende benaderings tot boodskapformulering, tegniese aspekte soos media-akkulturasie en boodskapevaluering in die praktyk aandag te geniet, omdat beide die toepaslikheid, impak en uiteindelik effek van boodskappe daardeur bepaal word.

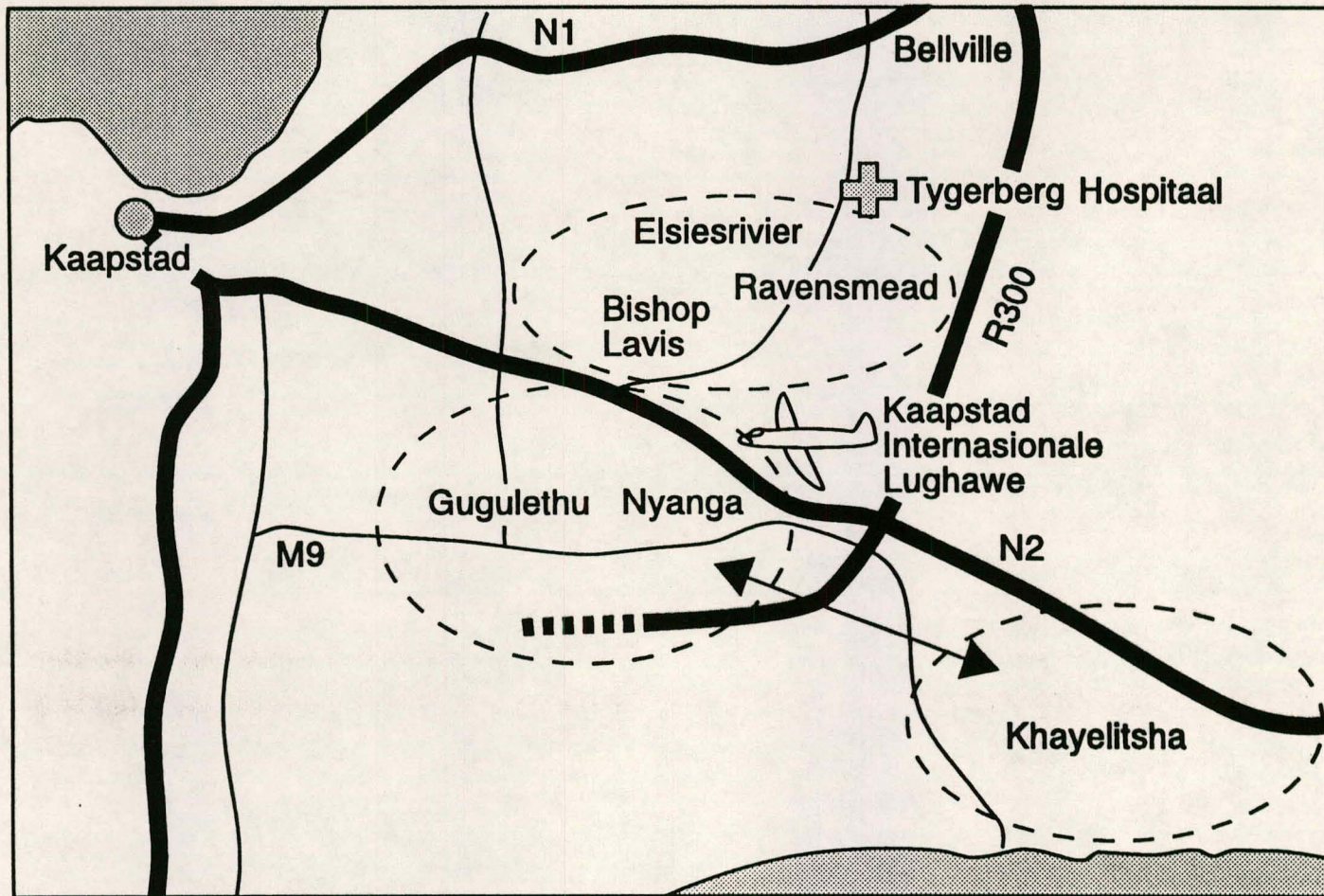
9.3.1 Keuse van gemeenskap, teikengroepe en boodskaponderwerpe

In die situasie-analise ter aanloop tot die modelontwerp in hierdie hoofstuk is verskillende gesondheidsverwante aspekte onder die soeklig gestel, insluitende Suid-Afrika se gesondheidstatus, geletterdheidstatus en demografiese profiel, asook die stand van VIGS-insidensie en TB-insidensie. In ag genome die insidensieprofiel van VIGS en tuberkulose in die RSA word dié twee siektes as onderwerpe vir die illustratiewe toepassing gebruik. Binne konteks van die breë studie-onderwerp, wat op boodskappe vir gesondheidsopvoeding binne multikulturele ontwikkelende gemeenskappe fokus, is geskikte teikengroepe in die Wes-Kaap vir die toepassing geselekteer.

Die toepassing is op twee teikengroep in ontwikkelende gemeenskappe van die Wes-Kaap gerig, soos in figuur 9.16 (p.282) aangetoon. In die eerste geval is die media-veldtog vir VIGS-opvoeding op tieners en adolessente in Khayelitsha, Nyanga, en Langa gerig. Die tweede voorbeeld is vir TB-opvoeding aan volwassenes in Ravensmead en omliggende gebiede. Twee voorbeelde word gebruik om te beklemtoon en te illustreer dat boodskappe vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap vanuit 'n leerdergedifferensieerde benadering pasklaar vir die behoeftes en omstandighede van spesifieke teikengroepe ontwerp moet word om die toepaslikheid daarvan te verhoog.

Die inhoudelike besonderhede van die twee voorbeelde word afsonderlik in raamwerkvorm aangebied en daarna kortliks toegelig. In beide gevalle vorm die raamwerk die grondslag vir 'n multimedioveldtog. Die veldtogstrategie word bo 'n deurlopende

Figuur 9.16 Gemeenskappe in die RSA waar die model toegepas is.



inligtingsprogram verkies, omdat die aanvanklike impak van eersgenoemde benadering normaalweg groter is en daar binne so 'n benadering meer effektief op spesifieke aspekte van 'n boodskap gefokus kan word. Vir dié doel word die kernboodskap saamgevat in 'n veldtog-slagspreuk wat deurlopend in mediaboodskappe gebruik kan word. Sodoende word identifikasie met en fokus op die betrokke siekte verhoog. Terselfdertyd kan kontinuïteit in boodskapoordrag deur verskillende media verkry word. Aangesien die inhoudelike struktuur van die twee voorbeelde gebaseer is op die model wat in hierdie hoofstuk ontwerp is, word telkens by elke subhoof aangetoon watter primêre grondbeginsel(s) of hoeksteenbegrip van die model ter sprake is. Sodoende word geïllustreer hoe die spesifieke beginsels en konsepte van die model neerslag vind in die praktyk.

9.3.1.1 Riglyne vir VIGS-opvoeding aan tieners in Khayelitsha

Ten eerste word die kernboodskap, leerdoelwitvlakke, teikengroep en teikensektore in die gemeenskap aangetoon.

● KERNBOODSKAP

(vide, figuur 9.15 A,C)

Tieners kan voorkom dat hulle VIGS kry en sterf.

Slagspreuk: *"Teenagers can prevent AIDS. Its COOL, not playing FOOL!"*

● TEIKENGROEP

(vide, figuur 9.14 D en figuur 9.15 C)

Swart tieners en adolessente van albei geslagte in Khayelitsha, Gugulethu, Nyanga en Langa.

Die tweede stel gegewens dui die inhoudelike boodskapkomponente wat ingesluit moet word, asook die kommunikatiewe funksie van media wat benodig word, aan.

● LEERDOELWITVLAKKE

(vide, figuur 9.14 A,C,H)

Kennis, Houding, Waardes, Vaardighede, Gedrag.

● TEIKENSEKTORE

(vide, figuur 9.14 C,D)

Skole, Gesondheidsorgklinieke, Jeugorganisasies, Sportklubs, VIGS-inligtingsentra.

● BOODSKAPKOMPONENTE

(vide, figuur 9.14 A)

WAT is VIGS?

HOE hou VIGS met seksueel-oordraagbare siektes verband?

WAAROM versprei VIGS so vinnig?

HOE kry mense VIGS?

WATTER rol speel geslagsverhoudings en persoonlike lewens-

MEDIAFUNKSIES

(vide, figuur 9.14 G; figuur 9.15 C)

Inligting, Bewusmaking

Inligting, Bewusmaking, Oorreding

Inligting, Bewusmaking

Inligting

Inligting, Bewusmaking

Oorreding, Bemagting

waardes?

HOE kan ek uitvind of ek

VIGS het?

WAT is die fisiese tekens van

'n persoon wat VIGS het?

HOE kan ek voorkom dat ek

VIGS kry?

WAAR kan ek hulp kry indien

ek ontdek dat ek VIGS het?

Inligting, Oorreding

Bemagtiging

Inligting

Inligting, Bewusmaking,

Oorreding, Bemagtiging.

Inligting, Bewusmaking,

Bemagtiging.

Vervolgens word die aanbevole media, die taalmedium, die benadering ten opsigte van boodskapformulering en aspekte van boodskapkodering in die verskillende media aangetoon. Ten opsigte van die taalmedium word die simbole X en E gebruik om onderskeidelik na Xhosa en Engels te verwys.

● MEDIA/TAALKEUSE — BENADERING — KODERINGASPEKTE

(vide, figuur 9.14 G,
C; figuur 9.15 B,C).

(vide, figuur 9.14 G;
figuur 9.15 B,C).

(vide, figuur 9.14 G;
figuur 9.15 B,C).

Elektroniese media:

Televisie (X,E)

Positief

Kort insetsels in
"edutainment" styl.

Uitspraak deur bekende
openbare figuur, bv
Doctor Khumalo.

Emosioneel

Tradisionele musiek met
kenmerkende Afrika-ritme.

Plaaslike Radio (X)

Positief

Kort flitse deur bekende
openbare figure.

Oudiobande (X)

Emosioneel
Positief

Popmusiek met kenmerkende
Afrika-ritme en "rap".

Gedrukte media:

Plakkate (X,E),

Positief

Eenvoudige feitelike teks.

Skoolkoerant (X)

Humoristies

Spotprente.

Pamflette (X,E).

Plakkers (X,E)

Positief
Humoristies

Kleurvol, etniese ontwerp

Uitstallings:

(X,E)

Gebalanseerd

Eenvoudige feitelike teks.

Foto's.

Kleurvol, etniese ontwerp.

<u>Persverklarings:</u> (X)	Gebalanseerd	Feitelike inligting oor verloop van veldtog.
<u>Poppespeel:</u> (X)	Emosioneel Vrees Positief	Poppe in reusformaat vir gemeenskapsteater. Dialoog en "edutainment" styl.
<u>Bordspel:</u> (X,E)	Gebalanseerd Positief	Vrae op kennis-, houding-, en probleemoplossingvlak. Spelreëls opwindend, bevorder groepkommunikasie en eweknieleiding in "edutainment" styl.

Die laaste komponent van die raamwerk behels aanbevole strategieë vir evaluering, aan die hand van sleutelvrae wat onder die subhoofde prosesevaluering, impakevaluering en produkevaluering gegroepeer word.

● PROSESEVALUERING (vide, figuur 9.14 B)

Evalueer die toepaslikheid van mediagebruik en boodskappe:

- * Is die spesifieke media soos in die raamwerk aangetoon, wel gebruik?
- * Is die riglyne oor taalvoorkeur, benaderings tot boodskapformulering en tegniese aspekte van boodskapkodering gevolg?
- * Is boodskappe kultureel toepaslik en is riglyne vir media-akkulturasie toegepas?

● IMPAKEVALUERING (vide, figuur 9.14 B)

Monitor die impak van boodskappe ten opsigte van die teikengehoor se bewuswording, kennis en houding:

- * Hoeveel persone het die plakkate gesien?
- * Hoeveel persone het die radio- en televisieflitse gesien?
- * Hoeveel persone het die uitstalling besigtig?
- * Hoeveel persone het die inligtingsentra om advies genader?
- * Watter spesifieke boodskapkomponente kan lede van die teikengroep herroep?
- * Hoeveel is nie meer oor VIGS bevrees nie en kan spesifieke voorkomingsmetodes herroep?
- * Hoeveel is gemotiveerd om doeltreffende voorkomingsaksies self toe te pas?
- * Hoeveel is bereid om onvoorwaardelik "Nee" te sê vir onveilige seks?

● PRODUKEVALUERING (vide, figuur 9.14 B)

Monitor die resultate van die veldtog in terme van gedragsverandering by die teikengroep:

* Hoeveel persone pas voorkomende aksies toe?

Die ideaal is om ook te bepaal of daar 'n merkbare toename of afname in die voorkoms van VIGS onder die betrokke teikengroep is. Dit is egter moeilik uitvoerbaar vanweë die lang inkubasieperiode (tien tot vyftien jaar) voor VIGS aktief presenteer.

9.3.1.2 Riglyne vir TB-opvoeding aan volwassenes in Ravensmead

Soos in die vorige voorbeeld word die kernboodskap, leerdoelwitvlakke, teikengroep en teikensektore in die gemeenskap eerstens aangetoon.

● KERNBODSKAP

(vide, figuur 9.15 A,C)

TB kan deur samewerking van alle betrokkenes genees word.

Slagspreuk:

"The TB time bomb is in your hands. You can defuse it!"

● LEERDOELWITVLAKKE

(vide, figuur 9.14 A,C,H)

Kennis, Houding, Gedrag.

● TEIKENGROEP

(vide, figuur 9.14 D;
figuur 9.15 C)

Kleurling Volwassenes in Ravensmead, Bishop Lavis en Elsiesrivier.

● TEIKENSEKTORE

(vide, figuur 9.14 C,D)

Gesondheidsorgklinieke,
Gemeenskapsorganisasies,
Werkgewers, Vakbonde,
Plaaslike Owerhede, Munisipaliteite.

Die tweede stel gegewens dui die inhoudelike boodskapkomponente wat ingesluit moet word, asook die kommunikatiewe funksie van media wat benodig word, aan.

● BOODSKAPKOMPONENTE

(vide, figuur 9.14 A)

WAT is TB?

WAT is aansteeklike siektes?

WIE kan TB kry?

HOE kry mense TB?

WATTER rol speel lewensomstandighede en werkomgewing in TB?

MEDIAFUNKSIES

(vide, figuur 9.14 G; figuur 9.15 B)

Inligting, Bewusmaking

Inligting, Bewusmaking,
Oorreding

Inligting, Bewusmaking

Inligting

Inligting, Bewusmaking
Oorreding, Voorspraak

HOE affekteer TB my werk?	Inligting, Voorspraak
HOE kan ek uitvind of ek TB het?	Inligting, Oorreding
	Bemagtiging
WAT is die fisiese tekens van 'n persoon wat TB het?	Inligting
HOE kan TB genees word? (<i>DOTS</i> program)	Inligting, Bewusmaking, Oorreding.
WAAR kan ek hulp kry indien ek ontdek dat ek TB het?	Inligting, Bewusmaking, Oorreding, Bemagtiging.

Vervolgens word die aanbevole media, die taalmedium, die benadering ten opsigte van boodskapformulering en aspekte van boodskapkodering in die verskillende media aangetoon. Ten opsigte van die taalmedium word die simbole A en E gebruik om onderskeidelik na Afrikaans en Engels te verwys.

MEDIA/TAALKEUSE	BENADERING	KODERINGASPEKTE
(vide, figuur 9.14 G, C; figuur 9.15 B,C).	(vide, figuur 9.14 G; figuur 9.15 B,C).	(vide, figuur 9.14 G; figuur 9.15 B,C).
<u>Elektroniese media:</u>		
Televisie (E,A)	Vrees Emosioneel Positief	Kort insetsels om aandag op hoë insidensie van TB te vestig. Uitspraak deur bekende openbare figuur, bv Solly Philander of Margaret Gardener-Nel ('n voormalige TB-lyer). Tradisionele musiek met bekende Klopse-karakter.
Plaaslike Radio (A,E)	Positief	Kort flitse deur bekende openbare figure.
Oudiobande (A,E)	Emosioneel Positief	Popmusiek met kenmerkende Afrika-ritme en "rap".
<u>Gedrukte media:</u>		
Plakkate (A,E) & Pamflette (A,E)	Vrees, Positief, Humoristies	Eenvoudige feitelike teks met spotprente.
<u>Uitstallings:</u> (A,E)	Gebalanseerd	Eenvoudige feitelike teks. Foto's en spotprente. Kleurvolle ontwerp.

<u>Persverklarings:</u> (A,E)	Gebalanseerd	Feitelike inligting oor verloop van veldtog.
<u>Poppespeel:</u> (A,E)	Emosioneel Vrees Positief	Poppe in reusformaat vir gemeenskapsteater. Dialoog en "edutainment" styl.
<u>Bordspel:</u> (A,E)	Gebalanseerd Positief	Vrae op kennis-, houding-, en probleemoplossingvlak. Spelreëls opwindend, bevorder groepkommunikasie en eweknieleiding in "edutainment" styl.
<u>Voertuigmedia ("Moving media"):</u>		
Taksi's & busse (A,E)	Humoristies	Kleurvolle ontwerp met helder kleure.
<u>Korrespondensiemedie:</u>		
Briewe aan plaas- like owerhede	Positief Emosioneel	Feitelike situasie ivm lewensomstandighede

Die laaste komponent van die raamwerk behels aanbevole strategieë vir evaluering, aan die hand van sleutelvrae wat onder die subhoofde prosesevaluering, impakevaluering en produkevaluering gegroepeer word.

● PROSESEVALUERING (vide, figuur 9.14 B)

Evalueer die toepaslikheid van mediagebruik en boodskappe:

- * Is die spesifieke media soos in die raamwerk aangetoon, wel gebruik?
- * Is die riglyne oor taalvoorkeur, benaderings tot boodskapformulering en tegniese aspekte van boodskapkodering gevolg?
- * Is boodskappe kultureel toepaslik en is riglyne vir media-akkulturasie toegepas?

● IMPAKEVALUERING (vide, figuur 9.14 B)

Monitor die impak van boodskappe ten opsigte van die teikengehoor se bewuswording, kennis en houding:

- * Hoeveel persone het die plakkate gesien?
- * Hoeveel persone het die radio- en televisieflitse gesien?
- * Hoeveel persone het die uitstalling besigtig?
- * Hoeveel persone het die klinieke en hospitale om inligting genader?

- * Watter spesifieke boodskapkomponente kan lede van die teikengroep herroep?
- * Hoeveel is nie meer oor TB bevrees nie en kan spesifieke voorkomingsmetodes herroep?
- * Hoeveel is gemotiveerd om doeltreffende voorkomingsaksies self toe te pas?
- * Hoeveel is daartoe verbind om die medikasievoorskrifte nougeset te volg?

● **PRODUKEVALUERING** (vide, figuur 9.14 B)

Monitor die resultate van die veldtog in terme van gedragsverandering by die teikengroep:

- * Hoeveel persone pas voorkomende aksies op alle vlakke toe?
- * Is daar 'n merkbare toename of afname in die voorkoms van nuwe TB-gevalle onder die betrokke teikengroep?

9.3.1.3 Bespreking

Aangesien die inhoud van die teoretiese toepassing in raamwerkvorm uiteengesit is, volg verdere toeligting oor sekere aspekte.

- * Die riglyne fokus hoofsaaklik op aspekte wat direk op mediagebruik en boodskappe betrekking het. Hierdie riglyne behoort binne konteks van die model as geheel, met verwysing na die samevattende voorstelling (figuur 9.11, par 9.2.2.8), geïmplementeer te word ten einde die hoogste moontlike sukses te bereik. By implikasie kom die algemene grondbeginsels soos relevansie, bekostigbaarheid, doeltreffendheid, toepaslikheid en evaluering ter sprake. Verder behoort sodanige voorkomende opvoeding met behulp van mediaboodskappe te getuig van sosio-kulturele sensitiwiteit en uitvoering te gee aan die doelwitte van gesondheidsopvoeding. 'n Belangrike voorvereiste vir sukses is dat die riglyne vir doeltreffende kommunikasie en media-akkulturasie nagevolg word.
- * In die modelontwerp is vyf verskillende strategieë wat in mediabenuutting gevolg kan word, bespreek. 'n Kombinasie van die uitsaaiveldtogstrategie (televisie, radio) en die multimediastrategie word in die twee voorbeelde aanbeveel.
- * Alhoewel ingeligte besluitneming en houding in albei situasies belangrike is, lê eersgenoemde voorstel (VIGS-opvoeding vir swart tieners) ook klem op lewenswaardes. Dit word verder aanbeveel dat voorkomende VIGS-opvoedingprogramme in die betrokke gemeenskap ten minste op drie vlakke geïmplementeer word, wat impliseer dat toepaslike boodskappe vir onderskeidelik die hoërisikogroep, die "tweedevlak" geaffekteerdes (met ander woorde die seksmaats) en die groter groep potensieel geaffekteerdes (met ander woorde diegene wat weens groepdruk kan instem tot vrye seks) deur middel van gerigte mediaveldtogte oorgedra word. Daar is tevore verduidelik dat voorkomende VIGS-opvoeding op verskillende vlakke, elk met 'n spesifieke

teikengroep en doel voor oë, meer effektief as 'n enkele algemene benadering is (vide; h2:42).

- * In beide gevalle het die boodskappe die bevordering van aksies wat die individu self in siektevoorkoming kan neem, ten doel. In geval van die TB-program is plaaslike owerhede en munisipaliteite ook belangrike teikensektore in die lig van hulle betrokkenheid by en verantwoordelikheid vir die verbetering van die gesondheidstatus van lae sosio-ekonomiese gemeenskappe.
- * 'n Kombinasie van mediafunksies word vereis om die verskillende inhoudelike aspekte van die boodskappe doeltreffend oor te dra en die doelwitte daarmee te bereik. Alhoewel die inligtingfunksie van media dominant is, kom ander mediafunksies soos bewusmaking, oorreding en bemagtiging in sekere boodskappe ook ter sprake. Sodoende word benadruk dat dit hier om veel meer as net die oordrag van inligting gaan.
- * Die voorgestelde mediaspektrum wat behoort benut te word, is vir albei gevalle bykans dieselfde. Die tuberkuloseprojek gebruik egter nie, soos in die geval van VIGS-boodskappe, die skoolkoerant nie.
- * In albei voorbeelde word die aanbieding van boodskappe deur middel van een (plaaslik) dominante taal asook 'n sekondêre taalmedium aanbeveel. In die geval van VIGS-boodskappe word die gebruik van Xhosa aanbeveel met Engels as sekondêre medium van kommunikasie, terwyl Afrikaans vir die tuberkuloseboodskappe aanbeveel word met Engels as sekondêre medium. Die kombinasie van twee taalmedia word aanbeveel, omdat die taalvoorkeure van die onderskeie gemeenskappe nie homogeen is nie. In die swart woongebiede is byvoorbeeld 'n meerderheid Xhosasprekendes, maar ander inheemse tale kom ook voor. Engels bied die moontlikheid om 'n wyer groep as net die Xhosas te bereik, alhoewel so'n benadering meebring dat die teikengroep die boodskappe in 'n tweedetaal of selfs derdetaal ontvang wat vertolkingsrisiko vergroot. In die gebiede waar TB-insidensie die hoogste is, word oorwegend Afrikaans gepraat, alhoewel Engels as eerste huistaal ook algemeen voorkom. Hierdie benadering gee uitvoering aan die riglyne van die Wes-Kaapse regering dat drie amptelike tale, naamlik Afrikaans, Engels en Xhosa as taalmedia vir kommunikasie in dié provinsie voorrang geniet.
- * Die voorgestelde benaderings vir boodskapformulering toon 'n variasie van verskillende vorme. Hierdie variasie is gebaseer op gestelde doelwitte soos kennis (waarvoor 'n gebalanseerde benadering gevolg kan word) en houdingverandering (waarvoor die vrees-, emosionele- en positiewe benadering gevolg). Die kombinasie van 'n vreesbenadering en humoristiese benadering kan effektief benut word omdat humor die oordrag van sensitiewe inligting of ervarings wat mense verkies om te vermy (byvoorbeeld aspekte van VIGS en die dood) in 'n minder bedreigende vorm moontlik maak.

- * Die aanbevelings vir evaluering beklemtoon dat al drie basiese vorme van evaluering in gesondheidsopvoeding, naamlik prosesevaluering, impakevaluering en produkevaluering gebruik moet word ten einde 'n volledige databasis vir deurlopende monitering en uiteindelijke evaluering van die sukses van die onderskeie veldtogte te versamel.

Aangesien die besonderhede van die twee voorbeelde skematies aangetoon is, behoort die verskillende aspekte waar nodig in die praktyk uitgebrei te word. So byvoorbeeld sou boodskappe oor toepaslike aksies ter voorkoming van VIGS onder tieners die volgende spesifieke inhoud insluit:

- * Besin deeglik voordat jy seks het.
- * Oorweeg die gevare en nadele van seks in die tienerjare.
- * Oorweeg alternatiewe vir die soeke na avontuur.
- * Hoe hanteer jy die situasie wanneer jy seksueel gestimuleerd voel?
- * Hoe hanteer jy die groepsdruk van vriende om seksueel aktief te raak?
- * Watter spesifieke hulpmiddele is beskikbaar om infeksie met die HI virus te voorkom?
- * Waar kan ek kondome kry en hoe gebruik mens dit korrek?

Op soortgelyke wyse sou die boodskap oor wie die grootste risiko loop om TB op te doen, moontlik die volgende inhoud insluit:

- * Persone wat nie 'n gesonde (gebalanseerde) dieet volg nie.
- * Persone wat in 'n omgewing met 'n hoë silikastof-inhoud werk.
- * Persone wat dwelms gebruik, baie alkohol drink en rook.
- * Persone wat siektes soos VIGS of diabetes (suikersiekte) het, alhoewel daar nie veel aan dié situasie binne hierdie betrokke konteks verander kan word nie.
- * Persone wat moeg en gespanne is omdat hulle swaar werk doen, lang ure werk of nie genoeg slaap kry nie, wat aanleiding tot 'n ongesonde lewenstyl en risikogedrag aanleiding gee.

9.3.2 Wyer toepassingsmoontlikhede

Die twee voorafgaande toepassingvoorbeelde is op die riglyne in die modelontwerp vir boodskaptoepaslikheid (vide, par. 9.2.2) gebaseer. Hierop ontstaan die vraag of die betrokke model uitsluitlik vir gesondheidsopvoeding in die aangeduide geselekteerde gemeenskappe van die Wes-Kaap waarde inhou. Die modelontwerp het gekulmineer uit teoretiese navorsing asook 'n empiriese ondersoek oor relevante aspekte rondom boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap. In die lig hiervan kan die gevolgtrekking gemaak word dat die model moontlik ook in ander ontwikkelende gemeenskappe en lande met 'n soortgelyke profiel as die onderhawige gevalle toegepas kan word. Aangesien die illustratiewe toepassing in die Suid-Afrikaanse situasie is, sou die model ten eerste van belang vir die hele Afrika-kontinent wees. Ander ontwikkelende lande sou ook moontlik by

toepassing van die model kon baatvind. Die werklike impak, waarde en eksterne geldigheid van die model kan egter eers deur middel van empiriese navorsingsresultate bepaal word. Weens die konseptuele aard daarvan bestaan die moontlikheid om die model verder te verfyn en/of aan te pas om die behoeftes rondom toepaslike boodskappe vir gesondheidsopvoeding in situasies met unieke sosio-kulturele invloedsfaktore te akkommodeer.

9.4 SAMEVATTING

Die model in hierdie hoofstuk het voortgevloei uit die teoretiese, asook empiriese navorsing in die voorafgaande hoofstukke. Daarmee gepaardgaande is sekere situasionele invloedsfaktore soos die land se geletterdheidsvlak, die multikulturele bevolkingsamestelling, die gezondheidstatus, kommunikasie-infrastruktuur, mediagebruikersprofiel asook die insidensie van VIGS en tuberkulose in Suid-Afrika ondersoek. Die model is op drie hoeksteenbegrippe gebaseer, naamlik die beginsels en strategieë vir gesondheidsopvoeding, toepaslike mediagebruik, asook sosio-kulturele sensitiviteit. Hieruit is sleutelkomponente van die model bespreek, naamlik riglyne vir onderskeidelik doeltreffende gesondheidsopvoeding, doeltreffende gesondheidskommunikasie, doeltreffende mediagebruik, sosio-kulturele sensitiviteit, toepaslike boodskapontwerp en media-akkulturasie, asook die evaluering van mediatoeepaslikheid. Ten opsigte van boodskapontwerp is enkele praktiese riglyne voorgehou om die toepaslikheid van boodskappe vir sekere teikengroepe te verhoog. Met die oog op evaluering is 'n drieluikbenadering voorgehou, na aanleiding van die relatiewe klem op gesondheidsopvoeding, toepaslike mediagebruik en sosio-kulturele sensitiviteit. Met behulp van 'n sukseskurwe waarin die relatiewe aard van mediatoeepaslikheid figureer, is dit moontlik om die toepaslikheidsvlak van in enige medium vir gesondheidsopvoeding te spesifiseer.

Die model is geensins 'n finale antwoord op die komplekse vraagstuk van boodskaptoepaslikheid by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap nie, maar dit behoort as raamwerk vir voortgesette ontwikkeling en verdere verfyning te dien. Die potensiële waarde van die model is egter geïllustreer in twee teoretiese toepassings rondom voorstelle vir onderskeidelik VIGS-opvoeding vir swart tieners en tuberkulose-opvoeding vir kleurling volwassenes in afsonderlike gemeenskappe in die Wes-Kaap. Sodoende is aangetoon dat die beginsels van die model na die praktyk op voetsoolvlak van primêre gesondheidsorg, waar die grootste behoefte aan gesondheidsopvoeding bestaan, deurgetrek kan word. Die werklike waarde behoort egter deur middel van 'n impakstudie evalueer te word.

Die wil voorkom asof hierdie model ook moontlik in ander ontwikkelende gemeenskappe of lande met 'n soortgelyke profiel soos in die betrokke gemeenskappe in die voorbeeld toegepas kan word.

Bylae 9A.

Gebiede in die Wes-Kaap met die hoogste toename in HIV gevalle (HIV Surveillance Bulletin, July 1996, Vol 2, No 1)

AREA	1991	1992	1993	1994	1995
A					
Stellenbosch	13	27	37	48	111
Mbekweni	00	00	03	04	007
Paarl	08	12	46	41	099
Wellington	01	01	02	03	004
Subtotaal	22	40	88	96	221
B					
Eersterivier	04	09	12	12	029
Somerset-Wes	23	66	84	115	108
Strand	03	05	06	05	037
Grabouw	01	05	02	04	011
Hermanus	00	00	02	02	007
Caledon	00	03	01	02	001
Riviersonderend	00	00	00	00	001
Bredasdorp	00	00	00	02	002
Malmesbury	00	00	01	07	008
Wesfleur	01	01	03	00	008
Velddrif	00	00	00	00	008
Langebaan	00	00	00	00	000
Vredenburg	00	01	04	04	006
Saldanha	00	00	00	02	002
Subtotaal	32	90	115	155	228
C					
Rondebosch	06	38	55	81	121
Guguletu	06	18	35	82	151
Nyanga	07	12	19	59	116
Athlone	04	03	10	06	021
Khayelitsha	13	15	37	122	261
Landsdowne	00	00	00	02	003
Hanoverpark	00	01	00	01	001
Mitchells Plain	03	02	15	27	067
Subtotaal	39	89	171	380	731
D					
Maitland	15	37	47	78	111
Table View	00	00	01	00	007
Milnerton	03	02	02	10	028
Langa	03	04	10	22	079
Goodwood	05	04	05	00	012
Elsiesrivier	09	14	21	41	045
Parow	10	05	10	14	038
Bellville	09	15	17	18	031
Durbanville	04	01	07	05	014
Brackenfell	01	01	02	08	009
Kraaifontein	10	12	17	40	053
Kuilsrivier	03	03	04	15	022
Blackheath	06	00	11	09	029
Subtotaal	78	98	154	260	478

Bylae 9B Modifisering van gesondheidsboodskappe om toepaslikheid te verhoog (Hubley 1994:46)

STAGE.	Radio nutrition education programme.	Appropriate action.
Reach the SENSES.	Radio programme was broadcast at a time when women were working in fields.	Study target group. Find out where they go and what their listening, viewing and reading habits are.
Gain ATTENTION.	Programme presentation was boring. Women switched to another station.	Make poster interesting, attractive and unusual. Field test the material.
Message UNDERSTOOD.	Women were confused by technical terms, eg vitamins and xerophthalmia.	Make picture simple, avoid confusing language. Pre-test words and pictures with intended target group.
Message ACCEPTED. LEARNING occurs.	Announcer was a young girl and she did not have credibility. Women did not believe she could know anything about children.	Base message design on what target group believes. Use a credible source. Pre-test messages for acceptability.
Changes BEHAVIOUR.	Women wanted to put the advice into practice, but did not have any money to buy food.	Target influential people and utilize enabling factors to change negative attitudes and behaviour.
Improves HEALTH.	The women followed the advice and bought their children expensive protein rich food, but stopped breast-feeding. Children developed malnutrition.	Emphasise critical positive behaviours. Ensure that all support services function properly.

Bylae 9C.**Vereistes vir vertalers in gesondheidskommunikasie****(Webb 1994:201).****Die ideale vertaler:**

- * is ten minste twee tale magtig;
- * het opleiding in die interpretasie van taalsimbooliek,
- * het 'n basiese kennis van geneeskundige/gesondheidskonsepte;
- * het insig in die praktiese sy van gesondheidsdienste;
- * is deurlopend beskikbaar en maklik bereikbaar;
- * word aanvaar en vertrou deur beide die pasiënt en die gesondheidsprofessie;
- * is sensitief vir die behoeftes en kulturele agtergrond van die pasiënt asook die gesondheidsprofessie;
- * laat nie eie subjektiewe sienings die ware feite oorheers of beïnvloed nie;
- * het goeie interpersoonlike vaardighede en stel pasiënte op hulle gemak;
- * het in sterk geheue en het die vermoë om op spesifieke detail te fokus;
- * is in staat om die betekenis van eiesoortige woordformulering korrek weer te gee;
- * is in staat om verkeerde vertolkings en wanpersepsies tydens 'n gesprek te identifiseer die deelnemers daarop attent te maak.
- * is dieselfde geslag as die pasiënt; en
- * is bereid om as 'n vertaler op te tree.

Bylae 9D.

Ontwerpriglyne vir gedrukte materiaal aan leergestremde kinders. (Coombs & Craft 1987).

KOMPONENT	RIGLYN
BENADERING	Gebruik soveel moontlik visuele illustrasies en so min moontlik geskrewe teks; Bied klein hoeveelhede "verteerbare" inligting in eenvoudige stappe aan; Volg akkurate maar nie gekompliseerde uiteensetting van inligting.
UITLEG	Vermyn te veel verskillende konsepte per bladsy; Gebruik slegs een prominente illustrasie of foto per bladsy; Orden inligting deur middel van opskrifte.
TEKS	Gebruik bekende woorde; Formuleer kort sinne en paragrawe; Gebruik so min as moontlik tegniese besonderhede; Gebruik 'n duidelike leesbare lettertipe; Gebruik 'n groot swaar lettertipe vir opskrifte; Vermyn 'n neerhalende kinderagtige skryfstyl.

Bylae 9E.

Sosio-kulturele kriteria vir evaluering van opvoedkundige televisieprogramme
(Lewy 1987:75).

Geldigheid van inligting

Inligting is akkuraat

Stereotipes word nie bevorder of gehandhaaf nie

Gebalanseerde weergawe van inligting

Lewenswaardes van 'n spesifieke kultuurgroep word nie as meerderwaardig teenoor dié van 'n ander kultuurgroep voorgestel nie.

Tiperende kultuurkenmerke van 'n bepaalde etniese groep word op 'n positiewe wyse voorgestel.

Volledigheid van inligting

Inligting of gebeure word binne 'n relevante konteks aangebied.

Die volledige beeld van gebeure (byvoorbeeld historiese gebeurtenisse) word voorgedhou.

Realisme van inligting

Wanvoorstellings word nie geskep deur selektiewe fokus op slegs sekere aspekte nie.

Die lewenstyl en omstandighede van individue en groepe word getrou ("true-to-life") voorgestel.

Bylae 9F Instrument vir evaluering van gesondheidsinligting
(McKenzie 1987:31).

QUESTION		RESPONSE		
PART 1.	The Author.	YES	NO	Unsure
A.	Background information on the author is provided_____			
B.	The author's educational background is in the particular discipline of writing (Be cautious of impressive titles)_____			
C.	The author is a recognized expert in the discipline of writing_____			
D.	The author is a recognized member of a professional health organization in the _____ field of writing_____			
PART II.	The Source.			
A.	The source is a recognized organization in the health field_____			
B.	The source is interesting in sharing information, not making a profit_____			
PART III	The Information.			
A.	The author uses misleading comparisons to encourage consumers to draw conclusions, such as "contains twice as much"_____			
B.	The information is based on personal observations instead of scientific data_____			
C.	The author uses testimonials of "cured" or "satisfied" consumers_____			
D.	The author uses statements including the words "new" or "quick" as they relate to health_____			
E.	The information contains all-inclusive statements such as "this approach always works"_____			
F.	The information is an advertisement used to make a profit_____			
G.	The information is consistent with other information on the same topic_____			
H.	The author uses few or no reference to substantiate the point_____			
I.	The author uses sensationalism to emphasize points, such as "a product like this has never before been available to the public"_____			

Yes answers are desired in parts I and II. No answers are desired in part III.

Bylae 9G Instrument vir evaluering van rekenaargesteunde onderrig- programme in gesondheidsopvoeding (Dorman 1992:36)

TITLE OF PROGRAM: _____ VERSION: _____
DISTRIBUTOR: _____ COPYRIGHT: _____
ADDRESS: _____ COST: _____

PHONE FOR TECHNICAL SUPPORT: _____ SERIAL # OR SITE LICENSE AGREEMENT #: _____

LICENSE RESTRICTIONS: ☐no copies allowed ☐backup copy only ☐multiple copies allowed ☐site license in effect
ESTIMATED OPERATING TIME: _____

HARDWARE/SOFTWARE REQUIRED:

Computer brand: ☐IBM ☐Macintosh ☐Apple ☐Tandy ☐Other _____
Printer type: ☐Laser ☐Dot-matrix ☐Letter quality
Other: ☐Mouse ☐Graphics required ☐Color Monitor Required
Amount of memory: _____
Version of DOS required: _____

TARGET POPULATION:

Age Group: _____
Grade: ☐Elementary ☐Middle ☐High School ☐Secondary ☐Adult
Ability: ☐Advanced ☐Average ☐Low ☐Remedial
Grouping Requirements: ☐Individual ☐Pairs ☐Small Group

ACCOMPANYING INSTRUCTIONAL MATERIALS:

CONTENT EVALUATION:

☐Objectives stated clearly ☐Content covers curricular needs
☐Content presented accurately ☐Appropriate reading level
☐Free from stereotypes and bias ☐Free from grammar/punctuation/spelling errors

TECHNICAL EVALUATION:

Check program features:
☐graphics ☐music ☐time display
☐color ☐voice ☐score display
☐sound ☐windows ☐modem
☐Display screens legible ☐Learner input errors handled effectively
☐Help screen available ☐Can the rate of presentation be altered
☐Teacher can control or alter the content ☐Re-enter the program at last page of exit
☐Evidence the product has undergone revision ☐Level of skill is required for the instructor

INSTRUCTIONAL EVALUATION:

☐Level of the learner assessed ☐Branching based upon individual needs
☐Record kept of learner progress ☐Positive feedback provided to the learner
☐Learner practice or examples provided ☐Post test provided
☐Personalization provided ☐Instructions provided
☐Requisite skills stated

DOCUMENTATION:

☐Documentation included ☐Documentation easy to use
☐Results of pilot testing given in documentation ☐Suggestions of time allotments and use of courseware provided
☐On screen documentation provided ☐Instructor's manual provided
☐Technical support provided ☐Student manual provided

DESCRIPTION OF THE PROGRAM:

HEALTH CONTENT AREA(s):

☐aging ☐exercise/fitness
☐accidents ☐mental health
☐community health ☐nutrition
☐consumer health ☐personal health
☐disease prevention ☐sexuality
☐environmental ☐substance abuse
☐other _____

REVIEWED BY _____ DATE _____

Hoofstuk 10

SAMEVATTING EN SLOTPERSPEKTIEF

10.1	INLEIDING	300
10.2	SAMEVATTING VAN DIE TEORETIESE ONDERSOEK	300
10.3	SAMEVATTING VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK	302
10.4	SAMEVATTING VAN DIE MODELONTWERP	304
10.4.1	Die strukturele hoekstene	304
10.4.2	Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding	304
10.4.3	Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie	304
10.4.4	Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik	304
10.4.5	Riglyne vir sosio-kulturele sensitiwiteit	305
10.4.6	Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie	305
10.4.7	Riglyne vir evaluering van boodskaptoepaslikheid	306
10.4.8	Toepassing van die model	306
10.5	GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS	306
10.5.1	Gevolgtrekking	306
10.5.2	Aanbevelings	307
10.5.3	Verdere navorsingsmoontlikhede en verwante ondersoeke	307
10.6	SLOTOPMERKING	309

Hoofstuk 10

SAMEVATTING EN SLOTPERSPEKTIEF

10.1 INLEIDING

Hierdie proefskrif beskryf navorsing wat kulmineer in 'n model vir boodskap-toepaslikheid in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap. Die navorsingsprogram het in drie opeenvolgende fases verloop, naamlik 'n teoretiese komponent, 'n empiriese ondersoek en 'n modelontwerp.

10.2 SAMEVATTING VAN DIE TEORETIESE ONDERSOEK

Hierdie navorsing het beoog om die geldigheid van die volgende hipotese te bepaal, naamlik dat boodskappe in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon, wat deur sekere beginsels en praktykvereistes vir verhoogde boodskaptoepaslikheid gerugsteun word. Ten einde groter duidelik hieroor te verkry, is sekere teoretiese aspekte ten aanvang ondersoek.

Die begrip gesondheidsopvoeding verwys na beplande leerervarings om mense te bemagtig om ingeligte besluite te neem ten einde persoonlike gesondheid in stand te hou of te verbeter. Gesondheidsopvoeding is 'n komponent van die wyer begrip gesondheidsbevordering, wat onder andere bereik kan word deur aksies om bepaalde lewensvaardighede by mense te ontwikkel, eerder as net op kennisvermeerdering te fokus. Verskillende filosofiese vertrekpunte lê ten grondslag van gesondheidsopvoeding. Daar kan gevolglik onderskei word tussen 'n tradisionele benadering, met die klem op inligtingoordrag, en die moderne benadering wat primêr op die bevordering van 'n gesonde lewenstyl fokus. Gesondheidsopvoeding vervul 'n belangrike rol in gemeenskapsontwikkeling en gemeenskapsgesondheid aangesien eersgenoemde 'n faset van primêre gesondheidsorg is.

Programme vir gesondheidsopvoeding behoort oor die algemeen op drie primêre teikengroepe, naamlik individue (byvoorbeeld pasiënte), gesinne en die gemeenskap as geheel gerig te wees. Die onderskeid tussen formele, nie-formele en informele onderrigstrategieë, tesame met verskillende vlakke van voorkomende opvoeding, maak verskillende toetreevlakke tot gesondheidsopvoeding moontlik. Tydens die beplanning en implementering van programme is 'n spanbenadering noodsaaklik, omdat gespesialiseerde kundigheid op verskillende terreine vereis word. Hierbenewens is die deurlopende betrokkenheid van ouers en onderwysers ook belangrik, omdat die ouerhuis en skool gunstige omstandighede vir gesondheidsopvoeding bied.

Gesondheidsopvoeding het nie net met bepaalde fundamenteel-filosofiese beginsels en konsepte te make nie, maar het inderdaad ook 'n praktiese sy, omdat dit op mense se lewenswyses wat hulle gesondheid raak, gerig is. Die opvoedkunde, met inbegrip van

die didaktiek, lewer 'n belangrike bydrae in die teoretiese grondslag van gesondheidsopvoeding. Teorie oor die didaktiek manifesteer in gesondheidsopvoeding, byvoorbeeld deur uitvoering te gee aan verskillende algemene riglyne vir suksesvolle onder- rigleergebeure. Hieronder geld doelgerigtheid, beplanning, motivering, individu- alisering, sosialisering, selfwerkzaamheid, belewing, integrering, bemeestering en evaluering. Hierbenewens tree die sistematiese benadering tot onderrigbeplanning sterk na vore in 'n situasie-analise, doelstelling, asook in die seleksie van toepaslike inhoud, metodes, media en evaluering. Sodoende word 'n raamwerk vir media-inte- grering geskep ten einde doeltreffende mediagebruik te verseker.

Relevansie is bepalend vir die sukses van gesondheidsopvoeding. Daarom is verskil- lende makro- en mikro-invloedsfaktore soos opvoedingsvlak en geletterdheid, kennis, houdings, waardes en opvattinge binne konteks van situasie-analise ondersoek. In ag genome die fokus op boodskaptoepaslikheid in mediagebruik binne 'n ontwikkelende gemeenskap, is die problematiek van toepaslike tegnologie en tegnologie-oordrag on- dersoek. Toepaslike tegnologie verwys nie net na fisiese hulpbronne nie, maar ook na die sosiale prosesse wat gemeenskapsontwikkeling ten doel het. Suksesvolle tegnolo- gie-oordrag bring meestal vernuwing mee en is dus ook op gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande van toepassing. Spesiale aandag is verder aan enkele sosio-kul- turele veranderlikes gegee, byvoorbeeld die verskille en ooreenkomste tussen Wester- se geneeskunde en tradisionele geneeskunde. Alternatiewe- en tradisionele ge- neeskunde kan nie sonder meer as minderwaardig beskou word nie, omdat dit die enigste vorm van toeganklike mediese sorg vir 'n toenemende getal mense in ont- wikkende lande is.

Navorsing oor boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding behoort 'n perspektief oor mediagebruik in te sluit, omdat boodskapoordrag van verskillende media (apparatuur, programmatuur asook mense) afhanklik is. Daar kan tussen verskillende mediakategorieë onderskei word, wat die identifikasie van toepaslike media vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande vergemaklik. Afgesien van 'n wye verskeidenheid eenvoudige oudiovisuele media, massamedia en gevorderde elektro- niese inligtingsisteme wat vir gesondheidsopvoeding geskik is, is tradisionele "volksmedia" 'n unieke verskynsel in ontwikkelende lande. Besondere aandag is aan aspekte van media en leer in gesondheidsopvoeding gegee, byvoorbeeld die moont- likheid om media as leerbronne te benut. Aangesien media inligtingskanale is, is die primêre waarde van media geleë in die feit dat dit individue in staat te stel om in- geligte besluite te neem. Deur middel van 'n leerdoelanalise en ondersteunende na- vorsingsresultate is aangetoon dat media by gesondheidsopvoeding vir verskillende doelwitte, byvoorbeeld vir die verwerwing van kennis, houdings en vaardighede asook vir gedragsverandering aangewend kan word. 'n Faktor wat ook deeglik in mediase- leksie oorweging moet geniet, is mediavoorkeure van verskillende teikengroepe.

Vervolgens is oor aspekte van kommunikasie in gesondheidsopvoeding besin. Gesondheidskommunikasie word gekenmerk deur verskillende algemene strategieë soos 'n inligtingstrategie, bemarkingstrategie en oorredingskommunikasie. Alhoewel die impak van mediaboodskappe kan verbeter deur die toepassing van 'n bemarkingsbenadering en oorredingskommunikasie, hou die oorbeklemtoning van bemarkingsbeginsels potensiële risiko's vir gesondheidsopvoeding in. Die gevaar bestaan dat media-advertensies kan lei tot risikogedrag wat die gesondheidstatus van mense benadeel, eerder as verbeter. Daarom vereis die gebruik van media-advertensies oor gesondheidsverwante sake telkens noukeurige besinning. 'n Sinvolle vennootskap tussen gesondheidsopvoeding en die reklamewese is egter wel moontlik, byvoorbeeld om die waarde van 'n positiewe lewenstyl te bemark.

Dit blyk dat massakommunikasie, ten spyte van beperkinge, 'n dinamiese fasiliteeringsrol by gesondheidsopvoeding in die gemeenskap vervul. Mediafunksies wat hier ter sprake kom, sluit openbare bewusmaking, mediavoorspraak en openbare inligting in. 'n Verskeidenheid boodskapaspekte is ondersoek, onder meer verskillende benaderings soos vreesontlokking en die gebruik van humor in boodskapformulering. Kommunikasie in gesondheidsorg toon sterk kenmerke van interkulturele kommunikasie. Daarom is verskillende sosio-kulturele aspekte van gesondheidsboodskappe ondersoek. Hieronder geld die moontlikhede van kultuurvreemde taalgebruik, liggaamstaal en visuele beeldgebruik as potensiële struikelblokke. Dit blyk dat 'n eenvoudige formule vir doeltreffende gesondheidskommunikasie binne 'n spesifieke sosio-kulturele konteks bykans onmoontlik is vanweë die voortdurend veranderende situasie waarin mense hulle daaglik bevind. Ten slotte is 'n perspektief oor verskillende effekte van boodskappe op gesondheidsgedrag gestel en die rol van mediageletterdheid by mediagebruik in gesondheidskommunikasie bespreek.

Die teoretiese fase is afgesluit met 'n ondersoek oor riglyne vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding. Afgesien van 'n fundamentele uitgangspunt en aanduiding van die spektrum beeldkommunikasievorme, is riglyne vir verskillende boodskapkategorieë bespreek. Daar is onder andere na koderingsriglyne vir mediese illustrasie, kliniese fotografie, oudiovisuele programontwerp, funksionele onderrigillustrasies in ontwikkelende gemeenskappe en gedrukte teks in gesondheidsopvoeding gekyk. Die teorie is met enkele ondersteunende navorsingsresultate afgesluit.

10.3 SAMEVATTING VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

Boodskapkodering is 'n belangrike faset van doeltreffende mediagebruik in gesondheidsopvoeding. Gevolglik het die empiriese ondersoek ten doel gehad om die belangrikste riglyne vir toepaslike boodskapkodering in gesondheidsopvoeding, vanuit die oogpunt van mediakundiges en dieetkundiges, te identifiseer en te prioritiseer. Die teorie wat in die voorafgaande hoofstuk bespreek is, het as verwysingsraamwerk vir inhoudelike aspekte gediens en is in die ontwerp van 'n gestruktureerde vraelys benut.

Die vraelysitems is in vyf afdelings gegroepeer, naamlik algemene ontwerpriglyne, riglyne vir grafika en illustrasies, teksontwerp, oudiovisuele programontwerp, asook riglyne vir sosio-kulturele kontekstualisering van boodskappe. Vorige navorsing dui daarop dat die sienings van mediaspesialiste en mediagebruikers oor die belangrikste kriteria vir ontwerp van onderrigmateriaal ingrypend kan verskil. In die lig hiervan het die teikenpopulasie uit honderd-en-twintig mediakundiges en sestig dieetkundiges bestaan. Die mediakundiges het grafiese kunstenaars-mediase illustrerders, fotograwe, videogregisseurs, kameramane en teksuitlegspesialiste ingesluit. Uit die totale groep aan wie vraelyste gestuur is, het honderd-en-sestien persone (64,4%) gereageer, wat soos volg saamgestel is: sewe-en-sestig mediakundiges (55,8%) en nege-en-veertig dieetkundiges (81,6%).

Respondente moes eerstens die belangrikheidsgraad van elke vraelysitem aantoon, en daarna die vyf belangrikste items in die onderskeie mediakategorieë selekteer en in prioriteitsorde plaas. Die itemresponse van die twee groepe is met behulp van die SPSS-X rekenaarprogram statisties verwerk en daarna vergelyk, waaruit 'n mate van eenstemmigheid oor die vyf belangrikste items in die onderskeie mediakategorieë na vore getree het. Met die oog op 'n meer akkurate bepaling is die korrelasie tussen die twee stelle responsdata bereken. Die korrelasies vir verskillende kategorieë het van matig tot baie hoog gevarieer. Ten opsigte van algemene ontwerpriglyne en teksontwerpriglyne was die korrelasie baie hoog (korrelasiekoëffisiënt $r = 0,8$), terwyl die korrelasie in verband met grafika-koderingsriglyne en sosio-kulturele kontekstualiseringsriglyne hoog was (korrelasiekoëffisiënt $r = 0,7$). In geval van die oudiovisuele programontwerpriglyne was die korrelasie matig (korrelasiekoëffisiënt $r = 0,4$).

'n Aantal gevolgtrekkings het uit die resultate gevolg:

- * Die bekende riglyne vir ontwerp van onderrigmedia, soos eenvoudige ontwerp en duidelike leesbare teks, is bevestig.
- * In boodskapkodering vir gesondheidsopvoeding behoort kommunikasiebeginsels hoër prioriteit as opvoedkundige oorwegings te geniet, alhoewel laasgenoemde nie geïgnoreer kan word nie.
- * Die belangrikheid van teikengehoorontleding, in terme van geletterdheidsvlak, taalgebruik en sosio-kulturele agtergrond, om die toepaslikheid van oudiovisuele boodskappe te verhoog, kan nie oorbeklemtoon word nie.
- * Alhoewel geringe persepsieverskille tussen die mediakundiges en dieetkundiges na vore getree het, bestaan daar oor die algemeen 'n beduidend hoë eenstemmigheid oor die belangrikste oudiovisuele koderingsriglyne. 'n Faktor wat wel kon bydra tot dié beduidende eenstemmigheid, is die feit dat tagtig persent van die betrokke mediaspesialiste en sewentig persent van die dieetkundiges in hierdie ondersoek voorheen formele of nie-formele media-opleiding ontvang het. Dié bevinding bevestig die waardevolle rol en noodsaaklikheid van opleiding aan

mediagebruikers in aspekte van media-ontwerp, veral wanneer professionele mediasteun ontbreek.

10.4 SAMEVATTING VAN DIE MODELONTWERP

Die bevindinge van die teoretiese en empiriese ondersoeke, tesame met data wat uit 'n situasie-analise ten opsigte van die Suid-Afrikaanse situasie verkry is, het gelei tot 'n modelontwerp vir boodskaptoeepaslikheid by gesondheidsopvoeding binne 'n multi-kulturele ontwikkelende gemeenskap in Suid-Afrika.

10.4.1 Die strukturele hoekstene

Die model berus op drie hoekstene, naamlik die beginsels en strategieë van: i) gesondheidsopvoeding, ii) toepaslike media en mediagebruik, asook iii) sosio-kulturele sensitiviteit. Hierdie hoekstene kan in verskillende verdere grondbeginsels en riglyne verbesonder word.

10.4.2 Riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding

Gesondheidsopvoeding behoort ten nouste met die doelstellings en strategieë van gesondheidsbevordering saam te hang, omdat gesondheidsopvoeding 'n komponent van die wyer begrip gesondheidsbevordering is. Gesondheidsopvoeding kan verbeter word deur die toepassing van algemeen geldige beginsels en riglyne vir doeltreffende onderrigleergebeure, byvoorbeeld doelgerigtheid, individualisering, geheelsiening en evaluering. Ander belangrike riglyne vir doeltreffende gesondheidsopvoeding is die toepassing van 'n sistematiese benadering tot programbeplanning, groter klem op informele metodes om geleenthede vir leersosialisering te skep, asook die toepassing prosesevaluering, impakevaluering en produkevaluering om verskillende prosesaspekte en uitkomstes van programme te bepaal.

10.4.3 Riglyne vir doeltreffende gesondheidskommunikasie

'n Komplekse verskeidenheid faktore kan daartoe lei dat kommunikasie in gesondheidsopvoeding misluk. Kommunikasiegapings kan egter oorbrug word deur noukeurige teikenontleding, toepaslike boodskapkodering en terugvoer van boodskapvertolking. Afgesien van sekere algemene etiese beginsels wat vir gesondheidskommunikasie geld, behoort kommunikasie by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele samelewing as interkulturele kommunikasiesituasie benader te word. By implikasie tree verskeie praktiese aangeleenthede, soos vertaling van gesondheidsboodskappe, na vore wat deurlopend aandag moet geniet.

10.4.4 Riglyne vir toepaslike en doeltreffende mediagebruik

Boodskapoordrag kan nie sonder die beskikbaarheid en gebruik van toepaslike media realiseer nie. Doeltreffende mediagebruik vereis nie net die optimale benutting van verskillende inherente mediakenmerke soos koderingsvorme en die beskikbaarheid van 'n tegnologiese infrastruktuur nie, maar ook 'n weldeurdagte didaktiese benadering. Die uitgangspunt is dat media 'n integrale deel van die onderrig-leersituasie moet vorm, wat noukeurige mediaseleksie binne 'n sistematiese ontwerpbenadering meebring. Optimale mediagebruik kan verder verbeter deur vyf strategieë vir mediagebruik in gemeenskapsopvoeding na te volg, naamlik: die Openbare Uitsaaistrategie, die Uitsaaiveldtogstrategie, die Multimediastrategie, die Georganiseerde groepstrategie en die Kommunikasienetwerkstrategie. Uiteraard kan die impak van boodskapoordrag verhoog deur sommige van die genoemde strategieë te kombineer.

10.4.5 Riglyne vir sosio-kulturele sensitiviteit

In Suid-Afrika kan mediagebruik nie van die gekontekstualiseerde kommunikasienetwerk waarin taal asook kulturele waardes, opvattinge en gewoontes die betekenis van mediaboodskappe bepaal, losgemaak word nie. Daarom behoort mediaboodskappe telkens aan die eis van sosio-kulturele sensitiviteit te voldoen. Sodanige sensitiviteit manifesteer eerstens in deeglike ontleding van die beskikbaarheid van, en teikengroepe se vertroudheid met, beide hoëtegnologiese en laetegnologiese vorme van media. Sosio-kulturele sensitiviteit hou ook praktiese implikasies vir boodskapkodering in, omdat daar nie sonder meer aanvaar kan word dat boodskappe vir alle individue, groepe en gemeenskappe aanvaarbaar en verstaanbaar sal wees nie. Sekere boodskappe is vir bepaalde individue of groepe wel toepaslik, maar vir ander ontoepaslik, op grond van verskille in sosio-kulturele agtergrond. Daarom is media-akkulturasie 'n belangrike prinsipiële riglyn in hierdie model.

10.4.6 Riglyne vir boodskapkodering en media-akkulturasie

Suksesvolle boodskapkodering vir gesondheidsopvoeding word deur 'n kombinasie van invloedsfaktore en uiteenlopende beginsels bepaal. As fundamentele uitgangspunt behoort 'n balans tussen opvoedkundige riglyne en kreatief-kommunikatiewe tegnieke gehandhaaf te word, omdat beide didaktiese oorwegings soos doelgerigtheid en verskeie tegniese koderingsfasette soos kleurgebruik en beeldabstraksie die impak, betekenis en waarde van boodskappe bepaal. Na aanleiding van die individualiseringsbeginsel behoort media-akkulturasie, met verwysing na boodskapkodering op grond van die sosio-kulturele agtergrond van verskillende teikengroepe, beklemtoon te word. By implikasie behoort onder andere grafiese voorstellings en taalgebruik aangepas te word by die ervaring- en geletterdheidsvlak van die beoogde teikengroep. Verder be-

hoort boodskapkodering en mediaproduksies verkieslik in spanverband plaas te vind, omdat gespesialiseerde kundigheid van verskillende dissiplines benodig word.

10.4.7 Riglyne vir evaluering van boodskaptoeapaslikheid

In 'n model vir boodskaptoeapaslikheid is evaluering onontbeerlik, omdat toepaslike boodskappe van ontoepaslike boodskappe onderskei kan word. Ten minste drie algemene strategieë behoort in die evaluering van mediatoeapaslikheid gevolg te volg, naamlik die toepassing van beide proses- en produkevaluering, die benutting van beide kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes, en 'n spanbenadering.

'n Drieluik-evalueringsmodel is gegeneer as meganisme om die relatiewe graad van mediatoeapaslikheid vir gesondheidsopvoeding te bepaal en te klassifiseer. Die model is gebaseer op die relatiewe klem op onderskeidelik die beginsels van gesondheidsopvoeding, toepaslike media en mediagebruik, asook sosio-kulturele sensitiwiteit. Deur verskillende kombinasie moontlikhede van hierdie drie hoekstene, byvoorbeeld toepaslike media in kombinasie met sosio-kulturele sensitiwiteit, asook 'n sukseskurwe, kan die graad van mediatoeapaslikheid op 'n diagram aangetoon word. Hierdie drieluikmodel bied die moontlikheid om bestaande instrumente vir evaluering van spesifieke media soos videoprogramme en gedrukte pamflette in gesondheidsopvoeding te inkorporeer.

10.4.8 Toepassing van die model

Aangesien die modelontwerp 'n komplekse sisteem met verskillende interafhanklike sub sisteme verteenwoordig, is die belangrikste bydraende beginsels en konsepte aan die hand van vier konseptuele diagramme voorgestel. Met verwysing na die betrokke diagramme, is die waarde van die model geïllustreer deur twee voorbeelde van teoretiese toepassing in 'n Suid-Afrikaanse ontwikkelende gemeenskap, naamlik vir VIGS-opvoeding aan tieners in Khayelitsha, asook en vir TB-voorligting aan volwassenes in Ravensmead. Albei van hierdie gebiede is binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap in die Wes-Kaap. Die teoretiese toepassing gee riglyne vir boodskaptoeapaslikheid oor spesifieke aspekte soos die kernboodskap, teikensektore, teikengroepe, leerdoelwitvlakke, boodskapkomponente, mediakeuses, taalvoorkeure en evalueringsriglyne.

Daar is ten slotte aangetoon dat die model moontlik in ander ontwikkelende gemeenskappe of ontwikkelende lande, met 'n soortgelyke multikulturele profiel as in die onderhawige gevalle, toegepas kan word. Die werklike impak, waarde en eksterne geldigheid van die model kan egter eers bepaal word deur middel van empiriese navorsingsresultate.

10.5 GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

10.5.1 Gevolgtrekking

Die voorafgaande paragrawe het 'n samevatting van die navorsingsbevindings en voortspruitende modelontwerp gegee. In die lig daarvan word die aanvanklike hipotese gehandhaaf, naamlik dat boodskappe in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap eiesoortige kenmerke toon, wat deur spesifieke beginsels en praktykvereistes vir verhoogde boodskaptoepaslikheid gerugsteun word.

10.5.2 Aanbevelings

Die model wat uit die navorsing voortgevloei het, bevat bepaalde beginsels en riglyne wat die praktyk van boodskaptoepaslikheid in mediagebruik vir gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap kan verbeter. 'n Teoretiese toepassing van die betrokke model met die oog op VIGS-opvoeding en voorligting oor tuberkulose in 'n spesifieke Suid-Afrikaanse gemeenskap is gemaak, ter aanduiding van die moontlike waarde daarvan. Alhoewel die werklike waarde eers deur toepassing in verskeie situasies en empiriese navorsing bepaal kan word, kan die volgende aanbevelings rigting gee aan verdere ontwikkeling en verfyning, naamlik dat:

- * die model wat uit hierdie navorsing voortgevloei het op alle vlakke van gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika geïmplementeer word en in formele asook nie-formele opleidingsprogramme vir die gesondheidsprofessies behoort te figureer;
- * boodskapkodering binne 'n holistiese benadering tot gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering behoort plaas te vind ten einde die primêre doelwit van ingeligte besluitneming te laat realiseer;
- * die rol van sosio-kulturele sensitiviteit en 'n teiken-gedifferensieerde benadering in kommunikasie by gesondheidsopvoeding binne 'n multikulturele ontwikkelende samelewing meer beklemtoon behoort te word;
- * boodskapontwerp deel van sistematiese programbeplanning behoort te vorm en telkens uit 'n situasie-analise, teikenontleding, doelstelling en wetenskaplike mediaseleksie voort te vloei;
- * 'n spanbenadering in mediaproduksie en boodskapkodering gevolg behoort te word aangesien uiteenlopende gespesialiseerde kundigheid oor ten minste geneeskundige, didaktiese en kommunikatief-mediakundige aspekte tot die toepaslikheid van boodskappe vir gesondheidsopvoeding bydra;
- * die volle spektrum benaderings tot boodskapformulering vir gesondheidsopvoeding (byvoorbeeld die logiese benadering, humoristiese benadering, vreesbenadering en gebalanseerde benadering) benut behoort te word, met inagneming van die teikengroep, behoeftes en doelstellings in elke spesifieke situasie;

- * alhoewel programme vir gesondheidsbevordering by die toepassing van be-
markingsbeginsels en oorredingskommunikasie kan baatvind, media-adverten-
sies oor gesondheidsaspekte uiters omsigtig behoort hanteer te word, omdat 'n
uitsluitlik reklame-aanslag wanbegrip by sommige gehore kan bevorder;
- * evaluering van boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding deurlopend in
programbeplanning en mediagebruik beklemtoon behoort te word, omdat
toepaslike boodskappe van ontoepaslike boodskappe onderskei kan word; en
- * alle geskikte strategieë, tegnieke en instrumente, soos die drieluikmeganisme
wat in hierdie modelontwerp gegenereer is, vir evaluering van boodskap-
toepaslikheid in gesondheidsopvoeding toegepas behoort te word aangesien
beide prosesaspekte, die impak en die langtermynuitkomste van boodskappe
ewe belangrik is.

10.5.3 Verdere navorsingsmoontlikhede en verwante ondersoeke

Toepaslike kommunikasie en mediagebruik by gesondheidsopvoeding in 'n multikul-
turele ontwikkelende samelewing is 'n omvangryke studieterrein wat wye navors-
ingsmoontlikhede bied. In hierdie ondersoek is primêr op boodskaptoepaslikheid
gefokus, waaruit een artikel in 'n internasionale vaktydskrif reeds verskyn het (Hugo
1996:171-174), terwyl drie verdere artikels vir internasionale publikasie voorgelê is.

Die modelontwerp waarop hierdie navorsing uitgeloop het, behoort nie as 'n finale
klinkklare antwoord op vrae rondom boodskaptoepaslikheid in gesondheidsopvoeding
beskou te word nie, maar eerder as vertrekpunt vir verdere ontwikkeling te dien. Op
sigself is die terrein van toepaslike tegnologie vir gesondheidsopvoeding in sy kinder-
skoene. Daar bestaan volgens Glanz et al. (1990:418) egter geen twyfel oor waar die
behoefte aan verdere navorsing lê nie, want "... where the needed technology lags far
behind understanding the problem, we should devote major resources to strengthen-
ing the technology before we test it in long-term community (health) studies". Nuwe
vraagstukke het in hierdie navorsing na vore getree, terwyl bepaalde aspekte nie
volledig gedek is nie. Temas vir verdere navorsing sluit die volgende moontlikhede in:

- * Strategieë vir die optimale benutting van tradisionele media soos gemeenskaps-
teater en musiek vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande;
- * Die impak en langtermyn effek van tradisionele "volksmedia" op verandering van
gesondheidsgedrag;
- * Die verbesondering van die konseptuele model wat hier aangebied is in
toepaslike mediagebruik en boodskappe vir ander areas van gesondheids-
opvoeding byvoorbeeld in voedingvoorligting en mondhigiënevoorligting, asook
in gesondheidsopvoeding aan spesifieke teikengroepe soos verskillende
gestremdes (blindes, dowes en die hemiplegiese pasiënt) in ontwikkelende
gemeenskappe van Suid-Afrika;

- * Die uitbouing van 'n mediaprofiel vir verskillende teikengroepe by gesondheidsopvoeding in Suid-Afrika ten einde uitvoering aan die beginsel van sosio-kulturele sensitiviteit te gee.
- * Die beskikbaarheid, toeganklikheid en benutting van programme (kursusse, seminare) vir opleiding aan die verskillende gesondheidsprofessies met die oog op verbetering van toepaslike mediagebruik en boodskapkodering in programmatuurontwerp.

Hierbenewens behoort dringend aandag aan media-ondersteuningsdienste vir gesondheidsopvoeding in Suider-Afrika gegee te word. Die implementering van die model wat in hierdie navorsing voorgehou is, is van 'n doeltreffende koste-effektiewe infrastruktuur vir mediasteundienste op alle vlakke afhanklik. Aangesien die rol van mediasentra nie by hierdie ondersoek ingesluit is nie, behoort navorsing oor die vestiging en bedryf van 'n nasionale netwerk van mediasteundienste vir gesondheidsopvoeding hoë prioriteit te geniet. In die lig hiervan het die skrywer reeds 'n parallelle navorsingprogram in dié verband afgehandel. Enkele navorsingsbevindings oor die nasionale en internasionale stand van mediasteun vir gesondheidsopvoeding in ontwikkelende lande wat gepubliseer is (Hugo 1996:77-82), is die volgende:

- * Die diensspektrum van mediasentra wissel van 'n omvattende aantal akademiese en tegniese dienste tot fokus op slegs sekere gespesialiseerde funksies soos mediaproduksie of literatuurverspreiding.
- * Die omvang van beskikbare mediadienste op nasionale vlak vergelyk oor die algemeen goed met, en in sekere opsigte beter, as die algemene profiel van internasionale instellings.
- * Die profiel van mediasentra vir gesondheidsopvoeding in die privaatsektor vertoon oor die algemeen swakker as mediasentra in die openbare dienssektor.
- * 'n Uniforme finansieringsmodel vir mediasteundienste in gesondheidsopvoeding is moeilik formuleerbaar.
- * Die meeste oorsese en plaaslike mediasentra het nie voldoende personeel om volledig in die toenemende behoefte aan gespesialiseerde biomediese kommunikasiedienste te voorsien nie.
- * Menige sentra bly in gebreke om teikengehore te betrek in oudiovisuele programmatuurontwerp, alhoewel die kundigheid van eksterne spesialiste dikwels benut word.
- * Die algemene stand van tegnologiese vernuwing in beide internasionale en nasionale mediasentra is gemiddeld, terwyl die situasie ten opsigte van die algemene ontwikkelingsstand van die meeste betrokke mediasentra oor die afgelope drie jaar verbeter het. Tegnologiese vernuwing by enkele mediasentra het egter 'n agteruitgang getoon.
- * Die verskeidenheid moontlike metodes om mediadienste te bemark, word duidelik onderbenut.

- * Die gemeenskaplike sterkpunt van beide internasionale en nasionale mediasentra is die personeel se hoë vlak van tegniese kundigheid. Daarenteen is die tekort aan fondse vir personeeluitbreiding en opgradering van verouderde tegnologie die gemeenskaplike swakpunt.

Bogenoemde resultate wat slegs sekere aspekte van 'n netwerk vir mediasteun by gesondheidsopvoeding in Suider-Afrika dek, kan by 'n meer omvattende navorsingsprogram ingesluit word.

10.6 SLOTOPMERKING

Boodskaptoepaslikheid vir gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap is 'n komplekse studieterrein, omdat 'n uiteenlopende verskeidenheid faktore tot die toepaslikheid van boodskappe bydra. Klinkklare antwoorde op al die moontlike vraagstukke in hierdie verband is nog nie gevind nie. Daar bestaan egter geen onduidelikheid oor die primêre taak nie, naamlik om toepaslike mediaboodskappe te formuleer ten einde ingeligte besluitneming te fasiliteer wat individue, gesinne en gemeenskappe in staat stel om hul gesondheidstatus te verhoog.

Uiteindelik is een van die belangrikste bydraes van hierdie navorsing die nuwe bewustheid dat 'n teikengerigte benadering onontbeerlik vir boodskaptoepaslike by gesondheidsopvoeding in 'n multikulturele ontwikkelende gemeenskap is. 'n Teikengerigte benadering bring mee dat boodskappe allereers ontwerp word om die behoeftes en situasie van 'n bepaalde teikengroep of gemeenskap, eerder as die behoeftes en situasie van die boodskapontwerper of tegnologie ter sprake, te akkommodeer. Daarom skep die diverse verskeidenheid van teikengroepe en situasies in gesondheidsopvoeding bykans onbepaalde geleentheid tot ontwikkelingswerk rondom toepaslike boodskapontwerp, soos Austin (1995:132) se opmerking samevattend benadruk: "The inescapable conclusion is that children and adolescents make challenging targets for health promotion; fortunately they also provide some of the most promising opportunities. The message designer's reward is that a developmental approach to health promotion can help children gain control of their own destinies, ultimately instilling in them the power to develop a healthy future for themselves". Indien hieraan uitvoering gegee word, kan die deurlopende en voortgesette uitbouing van kundigheid oor boodskaptoepaslikheid tot die verhoging van die gesondheidstatus van alle risikogemeenskappe in ontwikkelende gemeenskappe bydra.

BRONNELYS

AANDEKERK, AL. 1991. Two new macro-stereo cameras for medical photography with special reference to the eye. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 14, no 2: 51-53.

ADAMS, D & HAMM, M. 1988. New directions in learning: understanding media symbol systems. *Educational Technology*, February: 28-31.

ADAMS, H 1980. Breast-feeding habits of African women. *Tydskrif vir Dieetkunde en Huishoudkunde*, vol 8, no 1: 13-16.

ADEYEMI, MA. 1989. Cognitive style and achievement in science: a report from a developing society. *International Journal of Educational Development*, vol 9, no 4: 283-297.

AFRICAN NATIONAL CONGRESS. 1994. A National Health Plan for South Africa. Johannesburg.

AGHI, M & CARNEGIE, R. 1996. Formative research in the Meena Communication Initiative. *International Journal of Health Promotion and Education*, June 1996, vol 3/2: 24-27

AIRHIHENUWA, CO & PINEIRO, O. 1988. Cross-cultural health education: a pedagogical challenge. *Journal of School Health*, vol 58, no 6: 240-243.

AITKEN, PP; LEATHAR DS & SQUAIR, SI. 1984. Children's opinions on whether or not cigarette advertising should be banned. *Health Education Journal*, vol 45, no 4: 204-207.

AJAYI-DOPEMU, T. 1982. Representation and understanding in the use of symbols and pictograms, in R Easterby & H Zwaga. *Information Design*. Chichester, Wiley.

AKINYEMI, K. 1987. Nigeria: low cost educational technology promoted by exhibitions. *Media in Education and Development*, December: 134-139.

AKINYEMI, K. 1988. Educational technology: State of the art in Nigeria, in C. Osborne, *International Yearbook of Educational and Instructional Technology*, London, Kogan Page: 32-42.

ALANT, E. 1995. Difficulties of communicating with the disabled. *Center for Scientific Development Bulletin*, HSRC, January: 11.

ALEXANDER, J & GOODRICH, R. 1978. Videotape immediate playback: a tool in rehabilitation of persons with amputations. *Physiological & Medical Rehabilitation*, vol 59: 141-144.

ALLENSWORTH, DD & SYMONS, CW. 1989. A theoretical approach to school-based HIV prevention. *Journal of School Health*, vol 59, no 2: 59-63.

ALLENSWORTH, DD. 1993. Health education: state of the art. *Journal of School Health*, vol 63, no 1: 14-15.

ALNWICK, DJ. 1987. Nutrition education and UNICEF. Referaat, UNICEF Nutrition Policy and Action Workshop, Naivasha, Kenia. 1-6 April 1987.

AMAR, DS. 1992. Learning by participation. *World Health Forum*, vol 13, no 4: 295-299.

AMNER, R. 1996. Getting Radio Active, *Leading EDGE*, Issue 7, November: 2-7.

- ANDERSON, C. 1990. *Patient teaching and communicating in an information age*. New York, Delmar.
- ANDERSON, D. 1990. Smaller is healthier. *Health Education Journal*, vol 49, no 1: 17-18.
- ANDERSON, J. 1986. Health skills: the power to choose, *Health Education Journal*, vol 45: 19-24.
- ANDERSON, J. 1994. The Rite of Right or the Right of Rite: moving toward an ethic of technological empowerment. *Educational Technology*, February: 29-33.
- ANDERSON, AE & DIDOMENICO, L. 1992. Diet vs shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, vol 11: 283-287.
- APPELBAUM, PM & ENOMOTO, EK. 1995. Computer mediated communication for a multicultural experience. *Educational Technology*, vol 35, no 6: 49-58.
- ARMOUR, R. 1963. *The Medical Muse*. New York: McGraw-Hill.
- ARMSTRONG, R. 1993. The role of caricature in medicine. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 16: 165-169.
- ARTERBURN, S & BURNS, J. 1995. *Steering them Straight. A parental plan for guiding today's youth*. Colorado Springs: Focus on Family Publishing.
- ASHTON, L. 1985. Marketing and health education units. *Health Education Journal*, vol 44, no 3: 155-156.
- ATKIN, C; HOCKING, J & BLOCK, M. 1984. Does advertising make a difference? *Journal of Communication*, vol 34, no 2: 157-167.
- ATKIN, C. 1989. Be Smart. Don't Start, in RE Rice & CK Atkin. *Public communication campaigns*. Newbury Park, Sage: 224-227.
- ATKIN, C & ARKIN, EB. 1990. Issues and initiatives in communicating health information, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health: Complexities and conflicts*. Newbury Park, California, Sage: 13-40.
- ATKIN, C & WALLACK, L. 1990. *Mass communication and public health: Complexities and conflicts*. Newbury Park, California: Sage.
- AUBEL, J; RABEI, H & MUKHTAR, M. 1991. Health worker's attitudes can create communication barriers. *World Health Forum*, vol 12: 466-471.
- AUCAMP, L. 1991. Die ontwikkeling van 'n model om oordrag van tegnologie in 'n Derdewêreldomgewing te fasiliteer. MBA-verhandeling. Potchefstroomse Universiteit vir CHO.
- AUGER, D. 1984. Medical illustration and community health. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 7:217-131.
- AUSBURN, FB & AUSBURN, LJ. 1983. Perceptions, Imagery, and Education in developing countries, in ML Fleming & DW Hutton, *Mental Imagery and Learning*, Educational Technology Publications: 11-20.
- AUSTIN, EW. 1995. Reaching young audiences: Developing considerations in designing health messages, in E Maibach & RL Parrott (Ed), *Designing Health Messages*, Sage: 114-144.

- AVENANT, PJ. 1988. *Riglyne vir Suksesvolle Onderwys*. Tweede Uitgawe. Durban, Butterworths.
- AVRIEL, D; ARONSON, B & BERTRAND, I. 1993. Appropriate information: new products and services. *World Health Forum*, vol 14: 410-417.
- AXELSON, JM & DELCAMPO, DS. 1989. Improving teenagers' knowledge through the mass media. *Journal of Nutrition Education*, vol 10, no 1:30-33.
- AYUDHAYA, YD. 1995. Persoonlike onderhoud. School of Medical Illustration, Mahidol University, Bangkok, Thailand. 29 Augustus 1995.
- BACKETT, K & ALEXANDER, H. 1991. Talking to young children about health: methods and findings. *Health Education Journal*, vol 50, no 1: 34-41.
- BACKDASH, MB. 1991. The use of mass media in community periodontal education. *Journal of Public Health Dentistry*, vol 43: 128-131.
- BACKETT, K & DAVIDSON, C. 1992. Rational or reasonable? Perceptions of health at different stages of life. *Health Education Journal*, vol 51, no 2: 55-59.
- BAFANA, G. 1994. Botswana: Top technology, limited expertise. *AV Specialist*, vol 18, May/June: 10.
- BAGGALEY, J. 1986. Developing a televised health campaign in Canada. Part 1: Smoking prevention. *Media in Education and Development*, March: 43-47.
- BAGGALEY, JP. 1988 a. Perceived effectiveness of international AIDS campaigns. *Health Education Research*, vol 3, no 1: 7-17.
- BAGGALEY, JP. 1988 b. Campaigning against AIDS: a perspective for Southern Africa. *Media in Education and Development*, Sept: 106-109.
- BAGGALEY, JP. 1989 a. The quality of media health education, in J Hugo, MEDIAMED 2000, Conference Proceedings. University of Stellenbosch, BMDE: 1-9.
- BAGGALEY, JP. 1989 b. Media health campaigning: not just what you say, but the way that you say it!, in J. Hugo, MEDIAMED 2000. Conference Proceedings, University of Stellenbosch, BMDE: 99-109.
- BAGHURST, KI & RECORD, SJ. 1992. Public perceptions of the role of dietary and other environmental factors in cancer causation or prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 46: 120-126.
- BAKER, S; VALLBONA, C *et al*. 1988. Primary health care outreach and education for a low income community, in G Dunn *et al*; *Systems Science in Health Care 2. Health care systems and actions. No 140*. Paris, Masson: 597-601.
- BALDWIN, J. 1986. The role of active tutorial work in health education. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 34-35.
- BALL, S. 1994. Theatre and health education: meeting of minds or marriage of convenience? *Health Education Journal*, vol 53: 222-225.
- BANDURA, A 1991. *Social foundations of thought and action. A social cognitive approach*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- BANYA, K. 1989. Education for rural development: myth or reality? *International Journal of Educational Development*, vol 9, no 2: 111-126.

- BARLOW, J; BISHOP, P & PENNINGTON, D. 1996. How are written patient-education materials used in out-patient clinics? Insight from rheumatology. *Health Education Journal*, vol 55, no 3: 275-284.
- BARNA, LM. 1988. Stumbling blocks in intercultural communication, in LA Samovar & RE Porter, *Intercultural Communication. A reader*. Belmont, California: 322-330.
- BARNARD, D. 1993. The need for "Development Realism". *PRODDER'S Development Directory 1992/3*. Pretoria: Human Sciences Research Council: 1-4.
- BARNARD, D. 1995. The Southern African Development Challenge. *IN FOCUS. HSRC Newsletter*, vol 2, no 12, March: 58-60.
- BARNARD, J. 1992. Multimedia and the future of distance learning. *British Medical Journal*, vol 301: 191-193.
- BARON, RA & BYRNE, D. 1981. *Social Psychology. Understanding Human Interaction*. 3rd Edition. Allyn & Bacon.
- BARRIE, RB & CARSTENS, IL. 1989. An evaluation of school dental health education programmes. *Journal of the Dental Association of South Africa*, vol 43: 137-140.
- BARTKIW, TP. 1993. Children's eating habits: a question of balance. *World Health Forum*, vol 14: 404-406.
- BASCH, CE. 1987. Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly*, vol 14: 411-448.
- BASCH, CE. 1989. Preventing AIDS through education: concepts, strategies and research priorities. *Journal of School Health*, vol 59, no 7: 296-299.
- BEAGLEHOLE, R; BONITA, R & KJELLSTROM, T. 1993. *Environmental & Occupational Epidemiology. Basic Epidemiology. Student's Text*. Geneva, World Health Organisation.
- BECK, KH & SUMMONS, TG. 1986. Social context of alcohol consumption and sources of information among high school alcohol abusers, in DS Leather *et al*, *Health Education and the Media II*, Oxford, Pergamon:51-56.
- BELIEN, M. 1995. Concepts and practices of quality and evaluation of health promotion: The European, North American and Australian situation. Kleingroepaanbieding, XV th IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- BELLINGHAM, K & GILLIES, P. 1993. Evaluation of an AIDS education programme for young adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 47: 134-138.
- BENADE, S. 20 Junie 1995. Persoonlike onderhoud. Parow-Vallei, Mediese Navorsingsraad.
- BENNETT, JDC; WOOLWORD, TJ & LUNDALL, C. 1993. The therapeutic value of medical photography. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 16: 173.
- BENSCHOTER, RA. 1994. Vraelys oor Biomedical Communications Activities Worldwide. Biomedical Communications Centre, Omaha USA.
- BENTLEY, AM. 1986. Factors influencing the identification of incomplete pictures by Zulu children. *International Journal of Psychology*, vol 21: 733-742.
- BERGH, AM. 1986. Borsvoeding by die Pedi in Sekhukuneland, Lebowa. *Journal of Dietetics and Home Economics*. vol 14, no 3: 105-107.

- BERRIDGE, V. 1991. Aids, the media and health policy. *Health Education Journal*, vol 50, no 4: 179-185.
- BERRY, J. 1986. Project Health. A step-by-step planning guide for health promotion and preventive medicine programmes. *Health Education Journal*, vol 45, no 2: 109-111.
- BETTINGHAUS, EP. 1988. Using the mass media in smoking prevention and cessation programs: an introduction to five studies. *Preventive Medicine*, vol 17: 503-509.
- BEYER, L. 1989. Subversion by video. *Time Magazine*, September 11: 58-62.
- BHATT, A & DICKINSON, R. 1992. An analysis of health education materials for minority communities by cultural and linguistic group. *Health Education Journal*, vol 51, no 2: 72-77.
- BHOPAL, RS. 1986. Asian's knowledge and behaviour on preventive health issues: smoking, alcohol, heart disease, malaria prophylaxis and surma. *Community Medicine*, vol 8, no 4: 315-321.
- BHOPAL, RS & DONALDSON, LJ. 1988. Health education for ethnic minorities - current provision and future directions. *Health Education Journal*, vol 47, no 4: 137-140.
- BIBEAU, G. 1979. The World Health Organisation in encounter with African traditional medicine, in ZA Ademuwagun *et al*; *African therapeutic systems*. Massachusetts, Waltham: 182-186.
- BIDWELL, CM. 1979. Patient Education resource file, *Medical Teacher*, vol 1, no 3: 153-154.
- BISSONETTE, RP & ALVAREZ, CA. 1991. American medical students broaden their horizons in the Third World. *World Health Forum*, vol 12: 49-54.
- BLACK, D & WEARE, K. 1989. Knowledge and attitudes about alcohol in 17-18 year olds. *Health Education Journal*, vol 48, no 2: 69-73.
- BLANTON, J & JOHNSON, LJ. 1991. Using computer assisted biofeedback to help children with attention-deficit hyperactivity disorder to gain selfcontrol. *Journal of Special Education Technology*, vol 11, No 1.
- BLAXTER, M. 1990. *Health and Lifestyles*. London, Routledge.
- BLYSTONE, RV & BLYSTONE, DM. 1994. Digital video microscopy for the undergraduate histology laboratory. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, Vol 17, No 3: 125-131.
- BONATI, G. 1997. Children on the radio: an exciting programme in Mozambique. *International Journal of Health Promotion and Education*, Vol IV, No 1: 8-11.
- BONFIELD, A. 1983. Television for patient education. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 6: 140-142.
- BORDENAVE, JED. 1977. *Communication and Rural development*. Paris, Unesco.
- BORTON, W & ROSSETT, A. 1989. Educational software and published reviews: congruence of teacher, developer and evaluator perceptions. *Education*, vol 109, no 4: 434-444.
- BOTHA, W. 1993. The role of the media in education. A discussion document. Verslag. Johannesburg: EduSource 93/01.

- BOUMAN, A 1996. Health education and mass media entertainment, in H Aoyama. XVth IUHPE Conference Proceedings. Hoken-Dohjinsha, Japan: 99-106.
- BOWERS, J. 1983. Literacy and the media: an overview. *Media in Education and Development*, March: 2-4.
- BOWLING, A. 1992. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Milton Keynes, Open University Press.
- BOX, L; MOSANNE, A & VINK, N. 1993. *Culture and Communication. The forgotten dimension in development cooperation*. Amsterdam, KIT Publications.
- BOYD, G. 1991. The shaping of educational technology by cultural politics and vice versa. *Education and Training Technology International*, May, Vol 28, No 2: 87-95.
- BOYD, MD & CITRO, K. 1983. Cardiac patient education literature: can patients read what we give them? *Journal of Cardiac Rehabilitation*, vol 85: 554-557.
- BOYDELL, L & SCALLY, G. 1991. Advertising for health? *Health Education Journal*, Vol 50, No 1: 31-33.
- BOYLE, ME *et al*. 1989. Exploring people's attitudes to and knowledge of aids - the value of focussed discussions. *Health Education Journal*, vol 48, no 1: 21-22.
- BRACHT, N. 1991. *Health promotion at the community level*. London, Sage.
- BRANCH, RC. 1994. Common instructional design practices employed by secondary school teachers. *Educational Technology*, March: 25-32.
- BRIEL, RM. 1983. Media-eienskappe as 'n faktor in mediaseleksie. D.Ed-proefskrif. Randse Afrikaanse Universiteit.
- BRINK, GK. 1989. The declaration of Alma Ata - its relevance for family practitioners in private practice. *Voortgesette Mediese Onderwys*, vol 7, no 11: 1343-1348.
- BRODDASON, T. 1994. Teaching in the age of the communication revolution. *Educational Media International*, vol 31: 9-15.
- BRODY, GH; STOEMAN, Z & SANDERS, AK. 1980. Effects of television viewing on family interactions: an observational study. *Family Relations*, vol 29: 216-220.
- BROSS, MH & SPELLICY, MJ. 1994. Safety belt education using visual crash images and low-cost incentives. *Journal of School Health*, vol 64, no 3: 103-105.
- BROWN, PA & PIPER, SM. 1995. Empowerment or social control? Differing interpretations of psychology in health education. *Health Education Journal*, vol 54, no 1: 115-123.
- BROWN, RL & WATSON, D. 1984. Health and patient education - the role we can play. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 7, no 2: 63-66.
- BROWN, S. 1994. Digital imaging in clinical photography. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 17, no 3: 105-110.
- BROWN, S & MORRIS, D. 1995. Digital image databasing. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, Vol 18, No 4: 157-162.
- BROWN, SE; MARS, M & SELL, D. 1992. The Sri Lanka cleft lip and palate project - the medical illustrator's contribution. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 15, no 1: 4-7.

- BROWN, WJ; LEE, C & OYOMOPITO, R. 1996. Effectiveness of a biligual heart health program for Greek-Australian women. *Health Promotion International*, vol 11, no 2: 117-125.
- BRUCE, T. 1995. Health development and a health education model for Southern Africa. Referaat, African Regional Conference on Medical Education. 2-5 April 1995. Kaapstad.
- BRYANT, J & ZILLMAN, D. 1988. Using humor to promote learning in the classroom. *Journal of Child Contemporary Sociology*, vol 20: 1-2.
- BRYANT, SL. 1986. Bridging the gap between information and health. *Health Education Journal*, vol 45, no 3: 180-182.
- BRYSON, D. 1994. A guide to medico-legal photography for personal injury claims. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 17, no 1: 5-11.
- BUDGETT-MEAKIN, C (Ed) 1992. *Make the Future Work. Appropriate Technology: A teachers' guide*. London, Longman.
- BUNTING, A. 1984. Sex education for pupils from Asian ethnic minority groups. *Health Education Journal*, vol 43, no 4: 100-101.
- BURGESS, CA & CLAYTON, C. 1980. The clinical television record. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 3: 136-137.
- BURKLE, WS & LUCAROTTI, RL. 1984. Videotaped patient medication instruction program using closed-circuit television. *American Journal of Hospital Pharmacy* vol 53: 698-703.
- BURNARD, F. 1992. *Effective communication skills for health professions*. London, Chapman & Hall.
- BURT, G. 1991. Culture and ideology in the training literature. *Educational and Training Technology International*, August, vol 28, no 3: 229-237.
- BURY, JK. 1991. Teenage sexual behaviour and the impact of Aids. *Health Education Journal*, vol 50, no 1: 43-45.
- BUSCOMBE, E et al. 1975. Football on Television. *BFI Television Monograph*, No 4.
- CALMAN KC & DOWNIE, RS. 1997. Ethical principles and ethical issues in public health, in R Detels et al., *Oxford Textbook of Public Health, 3rd Edition, Volume 1* Oxford: University Press.
- CAMERON, IH & MCGUIRE, C. 1990. Are you dying to get a suntan? - the pre- and post-campaign results. *Health Education Journal*, vol 49, no 4: 166-170.
- CAPLAN, R & HOLLAND, R. 1990. Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, vol 49, no 1: 10-14.
- CAREY, P. 1991. Teaching about cancer - an evaluation of a cancer education resource. *Health Education Journal*, vol 50, no 2: 78-83.
- CAREY, S. 1978. The invisible artist. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 1: 89-90.
- CARR, M. 1989. *The Barefoot Book. Economically appropriate services for the rural poor*. London, Intermediate Technology Publications.

- CASSILETH, B; HEIBERGER, R, MARCH, V et al. 1982. Effects of audiovisual cancer programs on patients and families. *Medical Education*, vol 57, no 1: 54-59.
- CATFORD, JC. 1983. Positive health indicators - towards a new information base for health promotion. *Community Medicine*, vol 5, no 2: 125-131.
- CAWOOD, J; MULLER, FB & SWARTZ, JFA. 1982. *Grondbeginsels van die didaktiek*. Kaapstad, Nasou.
- CELLA, DF; TULSKY DS et al. 1992. Culturally relevant smoking prevention for minority youth. *Journal of School Health*, vol 62, no 8: 377-380.
- CHADWICK, C. 1990. Instructional development and Third World textbooks. *Educational Technology Research and Development*, vol 38, no 3: 51-59.
- CHALMERS, B. 1990. *African Birth. Childbirth in cultural transition*. Berev Publications s.p.
- CHAMBERLAIN, A. 1986. Researching the needs of 16 to 19-year olds. *Health Education Journal*, vol 45, no1: 37-41.
- CHAMBERS, DW & ABRAMS, RG. 1986. *Dental Communication*. Connecticut, Appleton-Century.
- CHAPMAN, S & EGGER, G. 1984. Myth in cigarette advertising and health promotion, in H Davis & P Walton, *Language Image Media*. Oxford, Blackwell: 166-186.
- CHARLTON, A. 1983. Assegai: teaching about cancer in general studies. *Hygiene*, vol 1: 67-73.
- CHARLTON, A. 1986. Planning health education materials. *Medical Teacher*, vol 8, no 4: 333-342.
- CHARNY, M & LEWIS, PA. 1987. Does health knowledge affect eating habits? *Health Education Journal*, vol 46, no 2: 172-176.
- CHAVUNDUKA, D; DZIMWASHA, M & MADONDO, F. 1991. Drug information for patients in the community. *World Health Forum*, vol 12: 29-33.
- CHESSEL, G. 1990. Audiovisual resources for learning - a brave new world unrealized? *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 13, no 1: 17-19.
- CHESTERFIELD-EVANS, A. 1989. Why the media makes you sick. *Metro*. Spring: 18-23.
- CHESTERFIELD-EVANS, A & O'CONNOR, G. 1986. Billboard utilising graffitis against unhealthy promotions, in DS Leathar, *Health Education and the Media II*, London, Kogan Page: 241-244.
- CHIKTE, U. 1996. Public knowledge on water fluoridation in South Africa. Referaat, International Assoc for Dental Research 30th Scientific Congress, Sandton, 4-6 Sept.
- CHIPMAN, H; KENDALL, P et al. 1996. Audience responses to a risk communication message in four media formats. *Journal of Nutrition Education*, vol 28, no 3: 133-139.
- CHUGH, U; DILLMANN, E et al. 1993. Multicultural issues in medical curriculum: implications for Canadian physicians. *Medical Teacher*, vol 15, no 1: 83-91.
- CLARK, D. 1988. Aids education - a community approach. *Health Education Journal*, vol 47, no 4: 119-124.

- CLARK, K. 1997. What the hell is multimedia anyway? *Screen Africa*, January, vol 9, no 1: 70.
- CLARK, R. 1982. Review of Media in instruction: 60 years of research. *Educational Communication and Technology Journal*, vol 30, no 1: 60.
- CLARK, RE. 1980. What aptitude-treatment interaction research offers the educational media producer, in RE Clark, *Educational Media Yearbook 1980*, Colorado, Libraries Unlimited: 56-58.
- CLARK, WD. 1980. Advertising or education: alternative models for patient education. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 3, no 1: 21-22.
- CLARK, WD. 1982. Art for education's sake. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 5, no 2: 56-57.
- CLAASSEN, G. 1994. Die rol van die gedrukte media ten opsigte van interkulturele kommunikasie. Referaat, Kongres van die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Kultuurgeskiedenis. 30 Junie - 1 Julie, Wellington.
- CLELAND, JG & VAN GINNEKKAN, K. 1988. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, vol 27, no 12: 1357-1368.
- CLOETE, K. 1996. School health promotion in South Africa, in T Vergnani *et al*; Health Promoting Schools in South Africa: Challenges for the 21 st Century. Conference Proceedings. University of Western Cape: 83-86.
- COETZEE, S & BEUKES, E. 1993. Towards a policy framework for development and cooperation in Southern Africa. *PRODDER'S Development Directory 1992/3*. Pretoria, Human Sciences Research Council: 16-26.
- COGHLAN, SE & KHAN, MSI. 1993. Harnessing health information in the Third World. *World Health Forum*, vol 14: 301-304.
- COLE, R. 1979. The understanding of medical terminology used in printed health education materials. *Health Education Journal*, vol 38, no 4: 111-121.
- COLLE, R & GLASS, S. 1986. Pictorial conventions in development communication in developing countries. *Media in Education and Development*, December: 159-162.
- CONRADIE, PJ. 1977. *Van Onderrighulpmiddel tot sisteemonderrig*. Durban, Butterworth.
- CONRADIE, PJ. 1995. Making the most of the new electronic media. *In Focus*, vol 3, no 3: 51-53.
- COOMBS, J & CRAFT, A. 1987. Health education for children with special needs, in K David & T Williams. *Health Education in Schools*. London, Harper & Row: 86-117.
- CORNEY, R. 1991. *Developing communication and counselling skills in medicine*. London, Routledge.
- COSTELLO, D. 1977. Health communication theory and research: an overview. *Communication Yearbook 1*: 555-567.
- CRAIG, AP & ALBINO, RC 1983. Urban Zulu mothers; views on the health and health care of their infants. *South African Medical Journal*, vol 63, no 9: 571-572.
- CRIPWELL, K. 1988. A picture storybook for health education. *Media in Education & Development*, December: 131-133.

- CRUZ, MB. 1989. Health education in Chili - An overview, in C James & J Balding, *World Yearbook of Education 1989*, London, Kogan Page: 82-91
- CULL, P. 1989. Financing medical illustration in the academic environment. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 12: 88-90.
- DANIEL, AV. 1982. Designing illustrations for teaching, in KR Cox & CE Ewan, *Medical Teacher*, London, Churchill Livingstone: 210-214.
- DAVID, K & WISE, C. 1987. Challenges for sex education in schools, in K David & T Williams, *Health Education in Schools*. London, Harper & Row: 93-115.
- DAVIES, IK. 1981. *Instructional Technique*. New York, McGraw-Hill.
- DAVIES, IK. 1983. Media and excellence: The art and science of training and development. *Training and Development Journal*, December: 17-19.
- DAVIES, IK. 1984. Fitting the media into instruction. *Training and Development Journal*, December: 23-27.
- DAVIES, JK. 1988. Mass media and the prevention of illicit drug use in Scotland. *Health Education Journal*, vol 47, no 1: 23-25.
- DAVIES, K & WHITTLE, G. 1992. An assessment of dental health education in a baby clinic. *Health Education Journal*, vol 51, no 1: 31-33.
- DAVIS, MM. 1979. Health teaching in the mass media. *Audiovisual Instruction*, November: 26-53.
- DAVIS, H & WALTON, P. 1984. *Language Image Media*. Oxford, Basil Blackwell.
- DEAN, K. 1989. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Sciences and Medicine*, vol 29: 137-152.
- DE BEER, JJ. 1980. Die invloed van televisie op die belangstellingspatrone van standerd tien-leerlinge. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- DE JAGER, NJ & YOUNG, RH. 1987. Guidelines for evaluating ETV programmes for teacher training, in JP Baggaley *et al*; *Evaluation of Educational Television*. Johannesburg, South African Broadcasting Corporation: 222-242.
- DELLATOLLA, L. 1983. TV and culture. *South African Panorama*. Augustus: 6-9.
- DE MUYLDER, X. 1993. Caesarian sections in developing countries: some considerations. *Health Policy and Planning*. vol 8, no 2: 101-112.
- DENNILL, K; KING, L; LOCK, M & SWANEPOEL, T. 1995. *Aspects of Primary Health Care*. Halfway House, Southern Books.
- DEOWAN, M. 1995. The flipchart: an effective educational tool. Plakkaatretraat, XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- DEPARTEMENT VAN NASIONALE OPVOEDING 1992. Onderwysvernuwingstrategie. Verslag. Pretoria, Staatsdrukker.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT. 1987. The 1979 AIDS pandemic, with special reference to South Africa. *Epidemiological Comments*, vol 14, no 4: 43.
- DEPARTMEWNT OF HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT. 1991. *Health Trends in South Africa*. Pretoria, Staatsdrukker.

- DEPARTMENT OF HEALTH. 1996. Sixth national HIV survey of women attending antenatal clinics of the public health services in the Republic of South Africa, October/November 1995. *Epidemiological Comments*, vol 23, no 1: 2-13.
- DEREGOWSKI, JB & BENTLEY, AM. 1986. Perception of pictorial space by Bushmen. *International Journal of Psychology*, vol 11, no 1: 13-22.
- DEVINE, CM; OLSON, CM & FRONGILLO, EA. 1992. Impact of the Nutrition for Life program on junior high school students in New York State. *Journal of School Health*, vol 62, no 3: 381-385.
- DEVITT, TO. 1991. Computers in Third World Schools: examples, experiences and issues. *Education and Training Technology International*, vol 28, no 4: 371-372.
- DEWAPURA, DR. 1994. Leprosy control in Sri Lanka. *World Health Forum*, Vol 15: 173-174
- DE WET, M. 1995. Reflections on the development and implementation of multimedia study packages: The Stellenbosch experience, in A Le Roux, The role of educational media in higher education. Conference Proceedings. Universiteit van Suid-Afrika: 157-169.
- DICK, W. 1995. Instructional design and creativity. A response to the critics. *Educational Technology*. vol 34, no 4, July/August: 5-11.
- DICKINSON, R & BHATT, A. 1994. Ethnicity, health and control: results from an exploratory study of ethnic minority communities' attitudes to health. *Health Education Journal*, vol 53, no 4: 421-429.
- DIMON, N. 1995. Illness and culture: learning differences, in J-P Assal, A Colay & A Visser, *New trends in patient education*. Amsterdam, Elsevier: 153-159
- DI PAOLO, A & PATTERSON, AC. 1982. Critical Issues in designing media for training and human resources development, in C Osborne, *Educational Media Yearbook 1982*, London, Kogan Page: 106-112.
- DOCHERTY, SC. 1983. Communication means more than pretty pictures. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 6, no 4: 137-139.
- DOMATOB, JK. 1991. Introducing media education into sub-Saharan Africa. *Educational Media International*, Vol 28, No 2: 91-99.
- DONALD, G. 1986. The history of medical illustration. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 9, no 2: 44-49.
- DONDIS, DA. 1973. *A primer of visual literacy*. London, MIT Press.
- DONOGHUE, J. 1991. Health education and the national curriculum. *Health Education Journal*, vol 50, no 1: 16-17.
- DORMAN, SM. 1992. Evaluating computer software for the health education classroom. *Journal of School Health*, vol 62, no 1: 35-37.
- DOWEY, JA. 1987. Computer games for dental health education in primary schools. *Health Education Journal*, vol 46, no 3: 107-109.
- DOWLING, MAC. 1991. *Producing health materials that work*. Geneve, World Health Organisation.

- DOWLING, MAC. 1994. Persoonlike korrespondensie. 24 November 1994. Health Promotion and Health Education Unit, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- DOWNIE, RS; FYFE, C & TANNAHILL, A. 1991. *Health Promotion Models and Values*. Oxford, Medical Publications.
- DROPKIN, M. 1981. Development of a self-care teaching program for preoperative head and neck patients. *Cancer Nursing*, vol 4, no 2: 103-106.
- DU PLESSIS, M. 1997. HIV survey. Increase in infection rates. *Masiphile*, February, vol 1, no 1:4-5.
- DU PLESSIS, M. 1997. AIDS. New hope for a new struggle. *Masiphile*, February, vol 1, no 1:10-11.
- DU PREEZ, H. 1989. *Rondom interkulturele kommunikasie in Suid-Afrika*. Pretoria, Unibooks.
- DU PREEZ, PH. 1980. 'n Ondersoek na die televisiekykpatrone en programvoorkeure van 'n groep standaard agt-leerlinge en die invloed wat televisie op hul studieke-woontes en -houdings mag hê. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- DUQUETTE, C. 1985. Formative evaluation of courseware: one instrument. *Educational Technology*. February: 20-23.
- DU TOIT, J. 1994. Advertensie en kultuurverskille. Referaat. Kongres van die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Kultuurgeskiedenis. 30 Junie-1 Julie. Wellington.
- DU TOIT, JB. 1994. *Televisie - skyn en werklikheid. Die omstrede medium*. Kaapstad, Tafelberg.
- DU TOIT, JB & NEL, EM. 1975. *Ons en televisie*. Kaapstad, Tafelberg.
- DWYER, FM. 1976. Adapting media attributes for effective learning. *Educational Technology*, August: 7-12.
- DWYER, FM & DWYER, CA. 1989. Enhancing visualized instruction, in RA Braden *et al*, *About visuals: Research, Teaching and Applications*. Virginia, Technical University Press.
- DZULFIKI, AR & AISHAH, AL. 1994. Development of a health information service using a videotex system. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 17, no 3: 117-120.
- EADIE, DR & DAVIES, JK. 1992. Researching communication approaches to heart disease prevention. *Health Education Journal*, vol 51, no 2: 90-93.
- EARDLEY A; ELKIND, A *et al*. 1988. Health education in a computer-managed cervical screening programme. *Health Education Journal*, vol 47, no 2/3: 43-47.
- EISER, C; PATERSON, D & EISER, RJ. 1983. Children's knowledge of health and illness: implications for health education. *Child Care, Health & Development*, vol 9: 258-292.
- EKUNWE, EO; TAYLOR, P; MACAULEY, *et al*. 1994. How disease prevention fails without good communication. *World Health Forum*, vol 15, no 4: 340-344.
- EL-GAALY, AA. 1982. Cultural differences and psychiatric illness. *Continuing Medical Education*. August, Vol 127, 1: 127.

- ELGABRI, AZ. 1983. Third-World Technology. *Instructional Innovator*. November: 14-15.
- EL-KATSHA, S & WATTS, S. 1994. A model for health education. *World Health Forum*, vol 15: 29-33.
- ELLIOT, K. 1985. Introduction. *Appropriate Technology. Articles published in the British Medical Journal*. London, British Medical Association: 1-2.
- ELLIS, J. 1990. Computer games and aggressive behaviour: a review of the literature. *Educational Technology*, February: 37-39.
- ELMANDRJA, M. 1989. Informatics and telematics: the future. *World Health*. Aug/Sept: 28-29.
- ELY, DP. 1989. Protocols and processes for promoting interactive cross-cultural media transfer, in RN Tucker, *Interactive Media. The Human Issues*. London, Kogan Page: 26-34.
- ENGES, RC. 1989. Do warning labels on alcohol beverages deter alcohol abuse? *Journal of School Health*, vol 59, no 3: 116-118.
- Environment friendly video. s.n. *AV Specialist*. Maart/April 1992, Vol 5: 23-24.
- ERBEN, R. 1990. The special threat to women. *World Health*. Nov/ Dec: 7-9.
- ERBER, NP. 1993. *Communication and Adult Hearing Loss*. Melbourne, Clavis.
- ESSLIN, M. 1982. *The age of television*. San Francisco, Freeman.
- ESTEY, A; MUSSEAU, A & KEEHAN, L. 1991. Comprehension levels of patients reading health information. *Patient Education and Counselling*, vol 18: 165-169.
- EUSTACE, CA; JOHNSON, GJ & GAULT, MH. 1982. Improvement in drug prescription labels for patients with limited education or vision. *Continuing Medical Education*, vol 127, no 15: 301.
- EVANS, EM & ELDRIDGE, WS. 1978. Audiovisual media: a combined operation. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 1, no 3: 140-142.
- EVANS, V & LEE, J. 1986. An integrated approach to drug education. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 43-44.
- EVANS, ED; RUTHBERG, J, et al. 1991. Content analysis of contemporary teen magazines for adolescent females. *Youth and Society*, vol 23: 99-120.
- EVIAN, CR, DE BEER, M, CREWE, M. 1991. Evaluation of an Aids awareness campaign using city buses in Johannesburg. *South African Medical Journal*, vol 80, no 5: 343-346.
- EWAN, CE. 1982. Designing illustrations for teaching, in KR Cox & CE Ewan, *Medical Teacher*, London, Churchill Livingstone: 144-150.
- EWING, D. 1996. Facing the AIDS reality. *Leading Edge*, vol 6: 13-17.
- FAUCONNIER, G. 1981. *Aspects of the theory of communication*. Pretoria, Academica.
- FAWSON, EC & SMELLIE, DC. 1990. Technology transfer: A model for public education. *Educational Technology*. vol 30, no 4, April: 19-25.

- FELDMAN, RHL & HOLLANDER, RB. 1983. Issues in cross-cultural and international health education research. *Health Education*. Nov/Dec: 11-15.
- FERREIRA, M. 1987. Medicinal use of indigenous plants by elderly coloureds: a sociological study of folk medicine. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sosiologie*, vol 18, no 4: 139-143.
- FERRINHO, H. 1980. *Towards a theory of community development: its relationship with extension, co-operatives, social work, community health and other supportive services*. Cape Town, Juta.
- FIELDHOUSE, P. 1986. *Food and Nutrition. Customs and Culture*. London, Chapman & Hall.
- FISHER, KF; HOWAT, PA & BINNS, CW. 1986. Health education and health promotion - an Australian perspective. *Health Education Journal*, vol 45, no 2: 95-97.
- FITZ-GERALD, D & FITZ-GERALD, M. 1978. Sexual implications of deafness. *Sexuality and Disability*, vol 1, no 1: 57-69.
- FITZPATRICK, R; DAWSON, J & BOULTON, M. 1989. The life-styles and health behaviour of gay men. *Health Education Journal*, vol 48, no 3: 131-133.
- FITZPATRICK, RM 1991. Measuring health outcomes, in G Scambler, *Sociology as Applied to Medicine*. Third Edition, London, Bailliere Tindall.
- FLAY, B. 1987. Mass media and smoking cessation: a critical review. *American Journal of Public Health*, vol 77: 153-160.
- FLAY, BR & PENTZ, MA *et al.* 1986. Reaching children with mass media health promotion programs: the relative effectiveness of an advertising campaign, in DS Leather *et al.* *Health Education and Media II*, London, Kogan Page: 155-162.
- FLAY, BR & BURTON, D. 1990. Effective mass communication strategies for health campaigns, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 129-146.
- FLETCHER, C & THOMPSON, M. 1980. *Issues in community education*. London, Framer Press.
- FLETCHER, KP. 1984. Health education and the new media, in D. Leather *et al.*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 229-234.
- FLEMING, CM; BEAL, JF & LEVINE, RS. 1989. Photographic technique for recording of children's teeth for signs of enamel mottling. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 12, no 1: 16-18.
- FLOAN, JC & DE MONTFORD-SUPPLE, M. 1986. Visual memory and auditory recall in anatomy students. *Medical Education*, vol 20: 516-520.
- FODOR, JT. 1996. Advances in communication technologies: their application in health education. *International Journal of Health Education and Promotion*. vol 3, no 1: 5-9.
- FOLEY, RP & SMOLANSKY, J. 1980. *Teaching techniques: handbook for health professionals*. New York, McGraw-Hill.
- FOLMER, HR; MOYNIKHAN MN & SCHOTHORST, PM. 1992. *Testing and evaluating manuals: making health learning materials more useful*. Amsterdam, Royal Tropical Institute.

- FONDA, J. 1997. Use the Media! *World Health*, vol 50, no 3: 19-20.
- FOWLER, G. 1983. Use the Prevention - what does it mean?, in Practicing Prevention. *Articles from British Medical Journal*, London, British Medical Association: 1-4.
- FOWLER, G. 1985. Health education in general practice. *Health Education Journal*, vol 44, no 2: 103-104.
- FRANCIS, R. 1996. Referaat, Konferensie oor Health Promotion Schools in South Africa. Universiteit van Wes-Kaap. 18-19 Januarie.
- FREEDMAN, K & LIU, M. 1996. The importance of computer experience, learning process and communication patterns in multicultural networking. *Educational Technology Research and Development*, vol 44, no 1: 43-60.
- FREELING, P & HARRIS, CM. 1984. 3rd Edition. *The Doctor-Patient relationship*. London, Churchill Livingstone.
- FRENCH, J. 1990. Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion. *Health Education Journal*, vol 49, no 1: 7-9.
- FRENCH, J & ADAMS, L. 1986. From analysis to synthesis: theories of health education. *Health Education Journal*, vol 45, no 2: 174-179.
- FREYSEN, JB; BRIEL, RM *et al.* 1989. *Mediakunde/Media Science*. Kempton Park, Audio Visual Aids.
- FUGLESANG, A. 1973. *Applied communication in developing countries*. Stockholm, Dag Hammarskjöld Foundation.
- FUGLESANG, A. 1989. Folk-wisdom and pseudo information. *World Health*, Jan/Feb: 4-7.
- FUKUWATARI, Y. 1995. Discovering the community's own cultural identity as it relates to health. Kleingroepsessie, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- FÜLOP, T. 1985. Health for All by the Year 2000: a challenge for education of health personnel, in Laaser *et al.*, *Primary Health Care in the making*, Heidelberg, Springer-Verlag: 313-319.
- FURNHAM, A & BAGUWA, P. 1994. Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, vol 15, no 1: 81-89.
- GAGLIANO, ME. 1988. A literature review on the efficacy of video in patient education. *Journal of Medical Education*, vol 63, no 10: 785-792.
- GAIGHÉ, MJ. 1992. Care groups in Venda: Primary Health Care knowledge as a strategy for community development. Ph.D-proefskrif. Universiteit van Vrystaat.
- GALLI, N; GREENBERG, JS & TOBIN, F. 1987. Health education and sensitivity to cultural, religious and ethnic beliefs. *Journal of School Health*, vol 57, no 5: 177-180.
- GALLOIS, C & FRANKLYN-STOKES, A *et al.* 1988. Communication accommodation in intercultural communication, in YY Kim & WB Gudykunst, *Theories in Intercultural Communication*, Newbury Park, California, Sage: 157-185.
- GANN, R. 1986. Information services and health promotion. *Health Education Journal*, vol 45, no 2: 112-115.

- GARDINER, J & GARDINER, H. 1991. *How safe is my child? TV, Toys and the Oc-*
cult in South Africa. Cape Town, Struik.
- GARLAND, K 1982. The use of short term feedback in the preparation of technical
and instructional illustration, in E Goldsmith, *Research into Illustration. Part II*,
Brighton Polytechnic: 63-80.
- GARRICK, CE. 1978. Design of instructional illustrations in medicine. *Journal of Au-*
diovisual Media in Medicine, vol 1, no 4: 161-173.
- GAWTHORN, EC. 1996. Disease and illness. The GP perspective. *Australian Family*
Physician, vol 25, no 11: 1699-1702.
- GAYLE, JA. 1987. Aids education in black America. *Health Education Journal*, vol
46, no 2: 77-78.
- GELB, BD & BRYANT, JM. 1994. Designing health promotion programs by watching
the market, in PD Cooper (Ed), *Health Care Marketing*, Third Edition, Maryland, As-
pen: 407-413.
- GIARRATANO, S & BURHANSTIPANOV, L. 1988. Creating community resource pam-
phlets. *Journal of School Health*, vol 58, no 10: 417-418.
- GILDER, RS. 1982. Left brain-right brain theory and the design of teaching materials.
Journal of Audiovisual Media in Medicine, No 5, no 2: 45-50.
- GILLET, M. 1973. *Educational Technology. Towards demystification*. Ontario,
Prentice-Hall.
- GILLETTE, A & RYAN, J. 1985. Eleven issues in literacy for the 1990's. *Assignment*
Children, vol 63/64: 19-44.
- GILLICK, D. 1985. Communication for development. *Media in Education and Deve-*
lopment, September: 106-109.
- GILLIES, P. 1988. Educating teenagers about Aids - recent developments in the USA.
Health Education Journal, vol 47, no 4: 122-124.
- GILSON, CC. 1994. Ethical and legal aspects of illustrative clinical recording. *British*
Journal of Hospital Medicine, vol 52, no 5: 225-229.
- GINGES, PL & BASEN-ENGQUIST, K. 1994. HIV education practices and training
needs of middle and high school teachers. *Journal of School Health*, vol 64, no 7:
290-295.
- GIROT, R. 1987. What you should know about thalassaemia. *Children in the Trop-*
ics, No 169: 4-34.
- GLANZ, K; LEWIS, FM et al. 1990. *Health Behavior and Health Education*. Oxford,
Jossey-Bass.
- GLASTRA, FJ & KATZ, E. 1992. Culturalizing the ethnic patient: educational films and
images of interethnic relations in health care. *Health Education Research*, vol 7, no
4: 487-496.
- GOLDBERG, B & RICHARDS, J. 1995. Leveraging technology for reform: Changing
schools and communities into learning organizations. *Educational Technology*, vol
35, no 5: 5-16.

- GOLDBERG, ME & GORN, GJ. 1983. Researching the effects of television advertising on children: a methodological critique, in MJA Howe, *Learning from television. Psychological and Educational Research*. London, Academic Press: 125-149.
- GOLDSMITH, E. 1984. *Research into illustration: An approach and review*. Cambridge, University Press.
- GOLDTHORPE, JE. 1987. *The Sociology of the Third World*. Second Edition, Cambridge: University Press.
- GOODE, J; BEARDSWORTH, A; KEIL, T et al. 1996. Changing the nation's diet: a study of responses to current nutritional messages. *Health Education Journal*, vol 55, no 33: 285-299.
- GOPINATHAN, S. 1987. Cross-cultural transfer of print media, in RM Thomas & VN Kobayashi, *Educational Technology - its creation, development and cross-cultural transfer*, Oxford, Pergamon: 177-196.
- GORDON, E. 1967. Evaluation of communication media in two health projects in Baltimore. *Public Health Reports No 82*: 651-655.
- GORDON, G. 1986. *Puppets for better health*. London, MacMillan.
- GORDON, G. 1989. Let's Communicate! *World Health*. Jan/Feb: 12-14.
- GRABINGER, RS. 1994. Computer screen designs: viewer judgments. *Educational Technology Research and Development*, vol 41, no 2: 35-73.
- GRAY, RA & HERRICK, MA. 1995. Technology and Multicultural Education. *TechTrends*, Nov/Dec, vol 40, no 6: 29-35.
- GREEN, EC & MAKHUBU, L. 1984. Traditional healers in Swaziland: toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors. *Social Science Medicine*, vol 18: 1071-1079.
- GREEN, L. 1996. Bringing people back to health. *International Journal of Health Education and Promotion*. vol 3, no 1: 23-27.
- GREEN, N & LASCARIS, R. 1988. *Third World Destiny*. Capetown, Tafelberg.
- GREEN, N & LASCARIS R. 1990. *Communication in the Third World. Seizing advertising opportunities in the 90's*. Capetown, Tafelberg.
- GREENE, WH & SIMONS-MORTON, BG. 1984. *Introduction to health education*. London, MacMillan.
- GREENFIELD, PM. 1984. *Mind and Media. The effects of television, computers and video games*. London, Fontana.
- GRIFFITHS, DA. 1982. Medical education in the outpatient department. *Medical Teacher*, vol 4, no 3: 110-116.
- GRIFFITHS, C. 1986. Aids - health education has a vital role. *Health Education Journal*, vol 45, no 3: 183-185.
- GRIFFITHS, E. 1992. Reaching out and grasping a hand from the north. *Sunday Times*, 19 April: 22.
- GRIMES, T. 1990. Audio-video correspondence and its role in attention and memory. *Educational Technology Research and Development*, vol 38, no 3: 15-25.

- GROBBELAAR, T. 1993. The value of computers in less developed communities. *Computer-based Education*, July/August: 21-22.
- GROENEWALD, HJ. 1988. Kommunikasie in die Suid-Afrikaanse samelewing: 'n toekomspektief, in HC Marais, *Suid-Afrika: Perspektiewe op die toekoms*. Hillcrest, Owen-Burgess: 251-278.
- GUEULETTE, D. 1979. What can we learn from the developing countries? *Audiovisual Instruction*, December: 22-23.
- GUTHRIE, JF; FOX, JJ; CLEVELAND, LE *et al*. 1995. Who uses nutrition labelling and what effects does label use have on diet quality? *Journal of Nutrition Education*, vol 27, no 4: 163-172.
- GUNTER, B & SANCHO-ALDRIDGE, J & MOSS, R. 1993. Public perceptions of the role of television in raising Aids awareness. *Health Education Journal*, vol 52, no 1: 19-27.
- HACKBARTH, S. 1985. Instructional systems design: An appropriate technology for developing countries. *Programmed Learning and Educational Technology*, Vol 22: 35-38.
- HADE, DD. 1982. Literacy in an information society. *Educational Technology*, August: 7-12.
- HADEBRO, G. 1982. *Communication and social change in developing nations*. Ames, Iowa State University Press.
- HAFFEY, J & JIMERSON A. 1985. Spreading good ideas: adapting illustrated materials. *Development Communication Report*, Winter 1985: 3-4.
- HAGART, J & BILLINGTON, DR. 1982. Towards an understanding of health status: the perceived importance of health status dimensions. *Community Medicine*, vol 4: 12-21
- HAGART, S. 1996. Bringing environmental health to life, in H Ayoama *et al*; XV th IUHPE Conference Proceedings. Tokio, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 36-38.
- HAGLUND, E. 1988. Japan: Cultural considerations, in LA Samovar & RE Porter, *Intercultural Communication. A Reader*, Belmont, Wadsworth :84-93
- HALE, JL & DILLARD, JP. 1995. Fear appeals in health promotion campaigns, in E Maibach & RL Parrott (Ed), *Designing Health Messages*, London, Sage: 65-80.
- HALL, C & MILNER, P. 1996. Advertising emergency contraception using local radio: an evaluation. *Health Education Journal*, vol 55, no 2: 165-174.
- HALL, EJ & DREYER, JS. 1987. Die benutting van radioluistergroepe vir gesondheidsvoorligting in 'n ontwikkelende gemeenskap. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- HAMLIN, M & JOHNSON, S. 1986. Using local radio in primary prevention. *Health Education Journal*, vol 45, no 4: 231-235.
- HANDLER, MG. 1993. Preparing new teachers to use computer technology: perceptions and suggestions for teacher educators. *Computers in Education*, vol 20, no 2: 147-156.
- HANSEN, A. 1986. The portrayal of alcohol on television. *Health Education Journal*, vol 45, no 3: 127-131.

- HANSELL, P. 1979. *A guide to medical photography*. Lancaster, MTP Press.
- HANSON, SL & PICHERT, JW. 1985. Patient education: the importance of instructional time and active patient involvement. *Medical Teacher*, vol 7, no 3/4: 313-320.
- HARDEN, RM & SOWDEN, S. 1983. A new approach to the design of instructional text. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 6, no 4: 124-129.
- HARDIE, NR; GAGNON, JP & ECKEL, FM. 1979. Feasibility of symbolic directions on prescription labels. *Drug Intelligence Clinical Pharmacology* vol 13: 588-595.
- HARRIS, MB; DAVIS, SM et al. 1988. The checkerboard cardiovascular curriculum: a culturally oriented program. *Journal of School Health*, vol 58, no 3: 104-106.
- HARVEY, J. 1988. Using franchising machine messages to promote health. *Health Education Journal*, vol 47, no 1: 32-33.
- HASLAM, C. 1986. Communication and co-operation between media and health professionals, in D Leathar *et al*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 203-210.
- HASTINGS, GB; MACKINTOSH, AM & AITKEN, PP. 1992. Is alcohol advertising reaching the people it shouldn't reach? *Health Education Journal*, vol 51, no 1: 38-42.
- HATTERSLEY, A. 1985. Tobacco smoking in Nepal - a preventable health problem? *Health Education Journal*, vol 44, no 1: 46-50.
- HAWKRIDGE, D. 1991. Challenging educational technology. *Educational and Training Technology International*, vol 28, no 2: 102-110.
- HAWTHORNE, K. 1994. Diabetes health education for British South Asians: a review of aims, difficulties and achievements. *Health Education Journal*, vol 53: 309-321.
- HEATHCOTE, G. 1989. Teachers, health education and in-service training. *Health Education Journal*, vol 48, no 4: 172-175.
- HEIN, KJ. 1988. Radio Bahai; Ecuador. *Media in Education and Development*, September: 110-113.
- HELSKE, P & KLAUKKA, T. 1986. How to develop health education materials: the Finish model, in D. Leathar *et al*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 41-44.
- HENDERSON, L. 1996. Instructional design of interactive multimedia: a cultural critique. *Educational Technology Research and Development*, vol 44, no 4: 85-104.
- HENRICH, DJ. 1989. Cinema on wheels. *World Health*. Jan/Feb: 10-11.
- HERMAN, RS. 1987. Video: prescription for health-care training. *Medical Electronics* vol 18:98-101.
- HERSELMAN, S. 1996. Doctor knows best. *CSD Bulletin*, May/June 1996: 11.
- HIBBARD, BM. 1985. A comparative evaluation of the "Pregnancy Book" and two other publications. *Health Education Journal*, vol 44, no 2: 87-89.
- HICKS, C; SPURGEON, P & STUBBINGTON, J. 1988. The importance of psycho-social variables in changing attitudes and behaviour. *Health Education Journal*, vol 47, no 1: 15-17.

- MONTGOMERY, KC. 1990. Promoting health through entertainment television, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 114-128.
- MORISKY, DE. 1995. Innovative educational strategies targeting high-risk patients of county health department TB clinics. Referaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- MORIYAMA, M. 1996. Collaborative development of visual symbols for symptoms to enhance medical communication of subjects with hearing impairments, in H Aoyama *et al.* XVth IUHPE Conference Proceedings, Tokyo, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 170-173.
- MORLEY, D & CHANG, CY. 1981. Inappropriate nutrition education in the villages. *Lancet*, January 24.
- MORLEY, D & SAVAGE-KING, F. 1984. Appropriate teaching aids. *British Medical Journal*, vol 289, no 20: 1057-1058.
- MOSLEY, P. 1988. Communication and the Education of health professionals: A disciplinary overview. *Medical Teacher*, vol 10, no 3/4: 323-331.
- MUIR GRAY, JA. 1983. Preparing a leaflet for patient education. Practicing Prevention. *Articles from British Medical Journal*, British Medical Association: 13-15.
- MUIR GRAY, JA & FOWLER, G. 1984. *Essentials of Preventive Medicine*. Oxford, Blackwell.
- MULDER, JC. 1978. *Navorsingstegnieke en -metodes*. Pretoria, UNISA Uitgewers.
- MULLER, L. 1981. The registered nurse as patient educator and counselor with specific reference to the South African coloured population. M. Cur-tesis. Universiteit van Port Elizabeth.
- MUNODAWAFA, D; MARTY, PJ & GWEDE, C. 1992. Drug use and anticipated parental reaction among rural school pupils in Zimbabwe. *Journal of School Health*, vol 62, no 10: 471-473.
- MUSAIGER, AO. 1983. The impact of television food advertisements on dietary behaviour of Bahraini housewives. *Ecology of Food and Nutrition*, vol 13: 109-114.
- MUTSHEKWANE, A. 1995. Computer based learning and teaching of post secondary Geography, in A le Roux & A Venter, The role of educational media in higher education. Conference Proceedings. Pretoria, University of South Africa: 291-300.
- MWAMWENDA, TS. 1989. *Educational psychology. An African perspective*. Durban, Butterworth.
- MYERSCOUGH, PR. 1989. *Talking with patients. A basic clinical skill*. Oxford: Medical Publishers.
- MYTTON, G. 1983. *Mass Communication in Africa*. Capetown, Edward Arnold.
- NAIDOO, V. 1996. Technology enhanced learning investigation in South Africa. A discussion document. Verslag. Pretoria, Department of Education.
- NAKAJIMA, H. 1995. Sleutelreferaat, in H Aoyama *et al.* XVth IUHPE Conference Proceedings. Tokyo, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 9-11.
- NASH, E; STOCH, B & HARPER, G. 1990. *Human Behaviour. Guidelines for Health Professionals*. Cape Town, Juta.

- NATIONAL DEPARTMENT OF HEALTH. 1997. TB in South Africa: The people's plague. Verslag.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 1982. Television and behaviour. Ten years of scientific progress and implications for the eighties. Verslag. Rockville USA.
- NATIONAL COUNCIL AGAINST SMOKING. 1994. The fight against tobacco. *SALUS*, vol 17, no 2: 8-10.
- NATIONAL COUNCIL AGAINST SMOKING. 1996. Smoking rates falling in South Africa. Persverklaring. 30 Mei.
- NDEKI, SS; TOWLE, A; ENGEL, CE *et al.* 1995. Doctor's continuing education in Tanzania: distance learning. *World Health Forum*, vol 16: 59-65.
- NEL, EM. 1995. Televisie, die kind en die gesinslewe, in JB Du Toit, *Televisie - Skyn en Werklikheid*. Kaapstad, Tafelberg: 58-104.
- NELLISEN, JGM & BOUWMEESTER, MC. 1986. A new approach to effective non-smoking education in Holland, in DS Leathar *et al.*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 221-228.
- NELSON, E & CHARLTON, A. 1991. Children and advertising: does the voluntary agreement work? *Health Education Journal*, vol 50, no 1: 12-15.
- NELSON, E & WHILE, D. 1992. Humour and alcohol: children's favourite television advertisements. *Health Education Journal*, vol 51, No 2: 64-67.
- NEMEROFF, CJ; STEIN, RI & DIEHL, NS *et al.* 1994. From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, vol 16, no 2: 167-176.
- NETTLETON, S. 1986. Teach or treat? Questions posed by demands for prevention in dental consultations. *Health Education Journal*, vol 45, no 3: 163-165.
- NEWMAN, BM & NEWMAN, PR. 1987. *Development through life: A psycho-social approach*. Fourth Edition. California, Brooks Cole.
- NGWENYA, N. 1995. Training of HIV/AIDS for traditional healers in Matabeleland South. Videosessie. XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- NIAS, DK. 1979. Desensitization and media violence. *Journal of Psychosomatic Research*, vol 23: 363-367.
- NICOLL, A. 1993. Lay health beliefs concerning HIV and AIDS - a barrier for control programmes. *AIDS Care*, vol 5, no 2: 321-341.
- NICHOLLS, G. 1990. Computer-aided manipulation of photographs for leg lengthening. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 13, no 1: 13-16.
- NICHOLS, LAS & SCHMIDT, MK. 1995. The impact of video tapes in educating grocery store shoppers about fat and cholesterol. *Journal of Nutrition Education*, vol 27, no 1: 5-10.
- NICHOLS, S & WATERS, WE. 1984. The effect of a health education intervention about breast cancer amongst general practitioners on speed of referral and outpatient workload. *Community Medicine* vol 6: 115-118.
- NOBUO, Y. 1995. A nutrition education program for children and adolescents by an interactive multimedia system. Plakkaatreferaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.

- NOONAN, ZM; SCHMIDT, HG & EZZAT, ES. 1990. *Innovations in medical education. An evaluation of its present status*. New York, Springer Verlag.
- NORTHHOUSE, P & NORTHHOUSE, L. 1985. *Health Communications: a handbook for health professionals*. Englewood-Cliffs, Prentice-Hall.
- NOVELLI, W. 1990. Controversies in advertising of health-related products, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 78-87.
- NTSHANGASE, D. 1994. Codeswitching in a Soweto classroom: The social relationship between Iscamtho and Zulu. Referaat. First World Congress of African Linguistics. Kwaluseni, Swaziland.
- NUNN, P. 1987. Aids, Africa and education. *Health Education Journal*, vol 46, no 2: 53-55.
- NUTBEAM, D; PHILLIPS, K et al. 1987. The health-promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Education Journal*, vol 46, no 3: 109-115.
- NUTBEAM, D. 1995. Health promotion and health literacy. Referaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- NYAMWAYA, D; ODOUL, E & WOOD, C. 1989. Insight on health education: experience of the African Medical Research Foundation (AMREF), in C. James, *World Educational Yearbook 1989*, London, Kogan Page: 176-184.
- NYANDINDI, U; PALINPALOKAS, T et al. 1994. Participation, willingness and abilities of schoolteachers in oral health education in Tanzania. *Community Dental Health*, vol 11: 101-104.
- O'DONOGHUE, J. 1996. Zimbabwe's AIDS action programme for schools: A case study. *International Journal of Health Promotion and Education*, vol 3, No 2: 7-12.
- OFFER, J. 1989. Lay theories and health education. *Health Education Journal*, vol 48, no 3: 136-139.
- OGUNBEKUN, IO. 1991. Cash for health care: the unending search. *World Health Forum*, vol 12: 423-425.
- OGUNBODEDE, E. 1991. Dental care: the role of traditional healers. *World Health Forum*, vol 12: 443-444.
- OKELLO, RM. 1986. The African transport and communications decade: how vital are telecommunications for Africa's economic development? Bridging the Missing Link. Verslag. International Telecommunications Union, Geneva: 313-316.
- OKOH, N & BARIKOR, C. 1986. The media and opportunities for development education in Nigeria. *Media in Education and Development*, December: 147-149.
- OLASOV, L & PETRILLO, J. 1994. Meeting health needs through Kentucky's new family resource centres and youth service centres. *Journal of School Health*, vol 64, no 2: 59-61.
- OLSON, JC & SIMS, LS. 1980. Assessing nutrition knowledge from an information processing perspective. *Journal of Nutrition Education*, vol 12, no 3: 157-161.
- OMARI, IM & MACGINITIE, WH. 1974. Some pictorial artifacts in studies of African children's pictorial depth perception. *Child Development*, vol 45: 535-539.

- OOSTHUIZEN, SJP. 1991. 'n Funksioneringsmodel vir onderwysmediadienste binne onderrigontwikkelingseenhede aan Suid-Afrikaanse universiteite. D.Ed-proefskrif. Universiteit van Stellenbosch.
- ORDERINDI, NO. 1975. Pictorial assessment and selection. *Audiovisual Instruction*, vol 20: 20-26.
- OWEN, M. 1986. Resources and education in Barbados. *Media in Education and Development*, March: 38-42.
- PAHNOS, ML. 1992. The continuing challenge of multicultural health education. *Journal of School Health*, vol 62, no 1: 24-26.
- PAPENFUS, JN & VERMEULEN, WJJ. 1989. *Health Education Workbook for Pupils. Std 3*. Bloemfontein, De Jager/HAUM.
- PAREJA, R. 1985. The measure, the problem: Communication at work in Ecuador. Development Communication Report. Mass Media and Health Education Practices Project. Ecuador Government.
- PAREKH, A. 1987. The effect of formal features on the attention given to an ETV-programme by South African Indian pre-school children, in JP Baggaley *et al.* *Evaluation of Educational Television*, Johannesburg, South African Broadcasting Corporation: 263-283.
- PARFITT, S. 1988. Field testing PARC (Pan African Rinderpest Campaign) media in the Sudan. *Media in Education and Development*, January: 31-33.
- PARK, O. 1994. Dynamic visual displays in media-based instruction. *Educational Technology*, April: 21-25.
- PARK, O & HOPKINS, R. 1993. Instructional conditions for using dynamic visual displays: a review. *Instructional Science*, vol 22: 1-24.
- PARK, T & CAWOOD, J (Red). 1994. Didaktiek 114. Klasnotas. Fakulteit Opvoedkunde. Universiteit van Stellenbosch.
- PATEL, VL; EISEN, TO & AROCHA, JF. 1990. Comprehending instructions for using pharmaceutical products in rural Kenya. *Instructional Science*, vol 19: 71-84.
- PATHER, MK. 1996. Missed opportunities for anti-smoking education at community health centres in the Cape Metropolitan area. Referaat. 40 ste Akademiese Jaardag. Fakulteit van Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch.
- PAUW, CM. 1987. Siekte en die swartman. *MNR Nuus*. Mei/Junie: 14-15.
- PEARN, M & DOWNS, S. 1988. Developing skilled learners: a strategy for coping with new technology. *Media in Education & Development*, January: 7-11.
- PELACH, J & DE RIBOT, D. 1993. New technologies and educational innovation: video. *Educational Media International*, vol 30: 134-137.
- PELLINIEMI, LJ & MÄKI, J. 1982. Instant scanning electron microscopy in teaching. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, No 5, no 1: 12-13.
- PENDLETON, D & HASLER, J. 1983. *Doctor-Patient Communication*. London, Academic Press.
- PENTZ, MA. 1986. Community organization and school liaisons: how to get programs started. *Journal of School Health*, vol 56, no 9: 382-388.

- PERKS, B & SHEARS, AE. 1988. Media and the education of handicapped children: a Nigerian case study. *Media in Education and Development*, January: 21-23.
- PERRY, S & MARX, ES. 1992. What technologies for health care in developing countries? *World Health Forum*, vol 13, no 4: 356-362.
- PETT, D & WILSON, T. 1996. Color research and its application to the design of instructional materials. *Educational Technology Research and Development*, vol 44, no 3: 19-35.
- PETTERSSON, R. 1982. Cultural differences in the perception of image and color in pictures. *Educational Communication and Technology Journal*, vol 30, no 1: 43-53.
- PETTERSSON, R. 1991. Review on pictorial capabilities of young comprehensive school students. *Educational Technology Research and Development*, vol 39, no 3: 110-111.
- PETTERSSON, R. 1993. *Visual Information*. 2nd Edition. Englewood Cliffs, Educational Technology Publications.
- PETTERSSON R. 1994. Learning in the information age. *Educational Technology Research and Development*, vol 42, no 1: 91-99.
- PHELPS, FA; MELLANBY, AR & CRICHTON, NJ. 1994. Sex education: the effect of a peer programme on pupils (aged 13-14 years) and their peer leaders. *Health Education Journal*, vol 53: 127-139.
- PHILPO G; SECKER, J et al. 1994. The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, vol 53, no 2: 271-281.
- PHILLIPS, P. 1986. *Turmoil in the Toy Box*. Lancaster, Starbust Publishers.
- PHILLIPS, R. 1989. Aids and prostitute women. Exploring effective methods of education. *Health Education Journal*, vol 48, no 1: 26-27.
- PICKENS, KA. 1984. The use of films in drug education. *Health Education Journal*, vol 43, no 4: 119-120.
- PIETRONI, P & PIETRONI, C. 1996. *Innovation in Community Care and Primary Health*. New York, Churchill Livingstone.
- PIPER, GW. 1986. National non-smoking week - A Canadian success story, in DS Leathar et al. *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 129-132.
- PITTENDRIGH, A. 1981. Report of the Work Committee on Educational Technology. Pretoria, Human Sciences Research Council.
- PLANAS, MT. 1991. Communic*Active education: educating with the means and contents of the mass media. *Educational Media International*, vol 30, no 3: 128-133.
- PORTER, J; McADAM, K & FEACHEM, R. 1993. The challenge is international. *World Health*, vol 46, no 4: 10-12.
- POSTMAN, N. 1985. The disappearance of childhood. *Childhood Education*, vol 61, no 4: 286-293.

POSTMAN, N. 1989. *Amusing ourselves to death. Public discourse in the age of show business*. Harmondsworth, Penguin.

POULTON, J & RYLANCE, G. 1985. Cross-cultural Medicine: a Teaching Aid. *Medical Teacher*, vol 7, no 2: 157-163.

PRESTON-WHYTE, E. 1994. HIV infection among black teenagers. *CSD Bulletin*. March/April. Pretoria, Human Sciences Research Council: 10-11.

PRETORIUS, E. 1990. Die rol en benutting van tradisionele helers in swart woongebiede by Bloemfontein. D.Phil-proefskrif. Universiteit Vrystaat.

PRETORIUS, JL. 1983. Die gebruik van illustrasies in geletterdhedskursusse en ander programme vir on- of halfgeletterde volwassenes, in PJ van Zyl, *Mediafokus*. Johannesburg, Specifile: 84-85.

PRIBRAM, KH. 1969. *On the biology of learning*. New York, Harcourt.

PRIMARY HEALTH CARE IN INDONESIA. 1994. Ministry of Health, Jakarta, Republic of Indonesia.

PUTNAM, GI & YANAGISAKO, KL. 1985. Skin cancer comic book: evaluation of a public educational vehicle. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 8, no 1: 22-25.

QUILLIAM, TA. 1975. Communication - the key to learning. *Medical and Biological Illustration*, vol 25, no 3: 126-127.

RALL, A. 1986. Gesinsbeplanning onder swartes in Wes-Transvaal: enkele aspekte van hulle kennis, houdings, kommunikasie en massamediagebruik. Verslag N-136. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

RAM, ER. 1989. Information is Power. *World Health*, Jan/Feb: 8-9.

RAMUSI, FM. 1989. Non-formal education and educational technology, in W Drost, First Southern African Conference on Educational Technology, Conference Proceedings, Pretoria, Human Sciences Research Council: 400-411.

RANKIN, RO. 1989. The development of an illustration design model. *Educational Technology Research and Development*, vol 37, no 2: 25-46.

RAPPAPORT, R. 1986. Why another handbook? *Media in Education and Development*, June: 61-65.

RASOOL, E. 1996. Persverklaring. 18 Oktober. Kaapstad.

RAZALI, MS. 1995. Psychiatrists and folk healers in Malaysia. *World Health Forum*, vol 16, no 1: 56-58.

RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT PROGRAMME. 1995. *Key indicators of poverty in South Africa*. Pretoria, South African Communication Service.

REDMAN, J. 1987. Aids and peer teaching. *Health Education Journal*, vol 46, no 4: 150-151.

REDMAN, BK. 1988. *The process of patient education*. Washington, Mosby.

REEVES, TC; HARMON, SW & JONES, MG. 1993. Computer-based instruction in developing countries: A feasibility assessment model. *Educational Technology*, September: 58-64.

- HIDAYAT, W. 1995. Persoonlike onderhoud. 18 Augustus. WHO Collaborating Centre for Health Education, Jakarta Indonesië.
- HIGGINS, CA; CONRATH, DW & DUNN, EV. 1982. Attitudes of health care providers towards slow-scan video. *Continuing Medical Education*, vol 127, August: 225.
- HILL, A & MAYON-WHITE, RT. 1987. A telephone survey to evaluate an Aids leaflet campaign, *Health Education Journal*, vol 46, no 3: 127-130.
- HILL, B; MACLEOD, I & WATSON, L. 1993. Facial reconstruction of a 3500 year old Egyptian mummy using axial computed tomography. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 16, no 1:11-13.
- HILL, EH. 1981. Communication and educational technology, in CN Osborne, *Educational Media Yearbook 1981*, London, Kogan Page: 40-47.
- HILL, EW & BRADFIELD, AL. 1987. Electronic travel aids for blind persons. *Journal of Special Educational Technology*, vol 8, no 3: 31-34.
- HILL, PS & MURPHY, GJ. 1992. Cultural identification in aboriginal and Torres Strait islander AIDS education. *Australian Journal of Public Health*, vol 16, no 2: 150-157.
- HILLIER, S. 1991. The health and health care of ethnic minority groups, in G Scambler, *Sociology as applied to Medicine*. London, Bailliere Tindall: 175-184.
- HINDSON, P. 1995. President's Message. World Health Education Conference. *Irish Medical Times vol 19*. September 6.
- HOCKS, C; SPURGEON, P & STUBBINGTON, J. 1988. The importance of psycho-social variables in changing attitudes and behaviour. *Health Education Journal*, vol 47, no 1: 15-17.
- HOFF, W. 1992. Traditional healers and community health. *World Health Forum*, vol 13, no 2/3: 182-187.
- HOLDEN, L. 1995. Attitudes held by psychotherapists towards the use of humour in psychotherapy. *CSD Bulletin*, Human Sciences Research Council, January: 8-9.
- HOLDSTOCK, TL. 1979. Indigenous healing in South Africa: A neglected potential. *SA Tydskrif vir Psigologie* vol 9, no 3/4: 118-124.
- HOLMES, AC. 1963. *A study of understanding of visual symbols in Kenya*. London: Overseas Visual Aids Centre.
- HOMS, JE. 1993. New technologies in the training of young people with severe motor neuron disorders. *Educational Media International*, vol 30, no 3: 169-171.
- HOPA, MN. 1997. Integrating traditional and Western healing. *CSD Bulletin*, vol 3, no 6, Human Sciences Research Council, January: 18.
- HOWARD, C. 1992. The "Countrywide classroom": Reaching India's rural residents. *Educational Technology Research and Development*, vol 40, no 1: 115-117.
- HOWE, MJA. 1983. *Learning from television. Psychological and Educational Research*. London, Academic Press.
- HUBLEY, J. 1986. Barriers to health education in developing countries. *Health Education Research*, vol 1, no 4: 233-245
- HUBLEY, J. 1994. *Communicating Health*. London, MacMillan.

- HUESMANN, LR & ERON, LD. 1983. Factors influencing the effect of television violence on children, in MJA Howe, *Learning from television. Psychological and Educational Research*. London, Academic Press: 153-1177.
- HUDSON, W. 1960. Pictorial depth perception in sub-cultural groups in Africa. *Journal of Social Psychology*, vol 52: 183-208.
- HUGO, J. 1989. Mediagesteunde leer in geneeskundige onderwys. D.Ed-proefskrif. Universiteit van Stellenbosch.
- HUGO, J & SKIBBE, A. 1991. Facing illiteracy in South African health education: a pilot study. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 14, no 2: 47-50.
- HUGO, J. 1994. Ethnic-based learner response to cross-cultural child accident prevention illustrations. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 17, no 4: 169-173.
- HUGO, J. 1995. Developing a research strategy for child accident prevention in a cross-cultural picture card game. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 18, no 1: 11-16.
- HUGO, J. 1996 a. Health learning materials support in South Africa compared with other developing countries. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 19, no 2: 77-82.
- HUGO, J. 1996 b. Prioritizing guidelines for health education message design. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 19, no 4: 171-174.
- HUGO, J. 1997. Prioritiserings van mediasteundienste deur vennootskap met dosente: die BGTO ervaring. Referaat, SAVNOHO Kongres, 20 Maart, Johannesburg.
- HUNGWE, K. 1989. Culturally appropriate media and technology: a perspective from Zimbabwe. *Tech Trends*, vol 34, no 1: 22-23.
- HUNT, DD & WARD, NG et al. 1982. A preliminary study of public response to newspaper, TV and radio presentations on depression. *Hospital & Community Psychology*, vol 33: 304-305.
- HUNT, SM & MACLEOD, M. 1987. Health and behavioural change: some lay perspectives. *Community Medicine*, vol 9, no 1: 68-76.
- HURT, JA. 1981. A guide for using visuals in teaching culturally diverse children. *Tech Trends*, vol 93, no 1: 24-26.
- HUTCHINGS, GA; THOROGOOD, P & HALL, W. 1992. Hypermedia in biomedical education: a case study. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 15, no 2: 77-80.
- IJSSELMUIDEN CB; STEINBERG, MH; PADAYACHEE, GN. 1988. AIDS and South Africa - towards a comprehensive strategy. *South African Medical Journal*, vol 73, April: 455-467.
- INGRAM, D & JONES, RVH et al. 1992. An interactive videodisc "Cancer patients and their families at", designed for education in primary health care. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 15, no 2: 73-78.
- INSTITUTE OF URBAN PRIMARY HEALTH CARE, 1994. *"Let the sky to be the limit". Soul City Evaluation Report*. Verslag. Houghton.
- IRWIN, WG; McCLELLAND, R & LOVE, AHG. 1989. Communication skills training for medical students: an integrated approach. *Medical Education*, vol 23: 387-393.

- JACKSON, JO. 1993. Vidkids everywhere. *Time*, September 27: 63-69.
- JACOBS, G & JACOBS, S. 1992. Humor in onderrig. *SA Tydskrif vir Hoër Onderwys*, vol 6, no 3: 104-108.
- JANCLOES, M. 1995. Economy and Health, in H Aoyama. XVth IUHPE Conference Proceedings. Tokio, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 30-32.
- JAPHET, CG. 1995. Soul City: A multimedia national health promotion project. Plakkaatsessie, XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- JASPERS, F. 1993. Target group characteristics: are perceptual modality preferences relevant for instructional material design? *Educational Media International*, vol 29, no 4: 235-239.
- JEFFCOAT, MK & CLARK, WB. 1995. Research, technology transfer and dentistry. *Journal of Dental Education*, vol 59, no 1: 169-184.
- JEPSON, N. 1990. Art and sociability - the potential of art education programmes in health-related issues. *Health Education Journal*, vol 49, no 1: 39-40.
- JOHNS, M. 1995. Customer satisfaction: the case for measurement. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 18, no 1: 17-22.
- JOHNSON, EK & LEVITAN, K. 1992. The use of interactive technology in minority nutrition education. *Health Education Journal*, vol 5, no 3: 121-125.
- JONES, RK & HIGGINS, K. 1987. A distance learning innovation in Southern Africa: Lessons for the use of communication technology. *SA Journal of Higher Education*, vol 1, no 1: 77-80.
- JOVANOVIC, P. 1989. Satellite medicine. *World Health*. January: 18-19.
- KANERVA, S. 1995. Experiential learning - a way to prevent alcohol problems at work. Referaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- KANYESIGYE, EK. 1995. Behaviour change through interpersonal communication. Referaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- KARIM, SSA; ZIQUBU-PAGE, TT & ARENDSE, R. 1994. Potential for a health care partnership between African traditional healers and biomedical personnel in South Africa. *South African Medical Journal*, vol 84, no 12: 2-15.
- KASCHULA, RH & ANTHONISSEN, C. 1995. *Communicating across cultures in South Africa. Toward a critical language awareness*. Johannesburg, Witwatersrand University Press.
- KAY, A. 1991. Computers, networks and education. *Scientific American*, September: 138-148.
- KEAH, KC; JEGATHESAN, M et al. 1995. An evaluation of knowledge and awareness of disinfection and sterilization among health care workers. *Southeast Asia Journal of Tropical Medicine and Public Health*, vol 26, no 1: 51-56.
- KEENAN, DP. 1996. In the face of diversity: Modifying nutrition education delivery to meet the needs of an increasingly multicultural consumer base. *Journal of Nutrition Education*, vol 28, no 2: 86-91.
- KEENE-YOUNG, B. 1996. Broadcasting and development in a multicultural society: community broadcasting policy in a post-apartheid South Africa. MA-thesis. Universiteit van Witwatersrand.

- KEMP, JE & DAYTON, DK. 1985. *Planning and producing instructional media*. Fifth Edition. New York, Harper & Row.
- KEMPSON, E. 1987. Information prescription. *Health Education Journal*, vol 46, no 4: 182-183.
- KENNEDY, I. 1993. The rationales behind computer education - a South African perspective. *Computer-based Education*, July: 27-29.
- KERR, ST. 1982. Appropriate technology for education in developing countries. *Programmed Learning and Educational Technology*, vol 19: 228-233.
- KESTENBAUM, GI & WEINSTEIN, L. 1985. Personality, psychopathology and developmental issues in male adolescent video game use. *Journal of American Academy of Child Psychology*, vol 24, no 3: 329-333.
- KICKBUSH, I & HATCH, S. 1983. A reorientation of health care?, in I Kickbush & S Hatch, *Self-help and health in Europe*. Copenhagen: World Health Organization: 1-10.
- KICKBUSH, I & JONES, JT. 1995. School health promotion and HIV/ Aids prevention: Insights, visions and paths to the future. Referaat, WHO/UNESCO Conference on School Health and Aids prevention. 24 Julie, Harare.
- KICKBUSH, I. 1996. New players for a new era: how up to date is health promotion?. *Health Promotion International*, vol 11, no 4: 259-261.
- KIKUCHI, K. 1995. Effects of mind concentration on mind and body. Videosessie, XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- KILLIP, DC; LOVICK, SR *et al*. 1987. Integrated school and community programs. *Journal of School Health*, vol 57, no 10: 437-443.
- KIM, YY & GUDYKUNST, WB. 1988. *Theories in intercultural communication*. London, Sage.
- KIMATI, VP. 1986. Who is ignorant? Rural mothers who feed their well nourished children or the nutrition experts? The Tanzania story. *Journal of Tropical Pediatrics*, vol 32: 130-136.
- KINCEY, J; STATHAM, S & MCFARLANE, T. 1991. Women undergoing colposcopy: their satisfaction with communication, health knowledge and level of anxiety. *Health Education Journal*, vol 50, no 2: 70-73.
- KING, L. 1994. Te veel TV-speletjies kan siektes uitlig. *Die Burger*, 9 Julie.
- KLEINEN, E. 1991. The integration of strategies for non-formal education and development in Third World communities. M.Ed-thesis. Universiteit van Pretoria.
- KOBAYASHI, Y. 1995. Creating a tobacco-free environment by using mass media: the first trial of a counter advertisement in Japan. Referaat, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- KOOP, CE. 1987. Education against AIDS: a challenge to educators. *Healthlink*, vol 3, no 3: 3-4.
- KOSCHMANN, T. 1995. Medical education and computer literacy: learning about, through and with computers. *Academic Medicine*, vol 70: 818-821

- KOTZ, K & STORY, M. 1994. Food advertisements during children's Saturday morning television programming: Are they consistent with dietary recommendations? *Journal of the American Dietetic Association*, vol 94, no 11: 1296-1301.
- KOTZÉ, DA & SWANEPOEL, HJ. 1983. *Guidelines for practical community development*. Silverton, Promedia.
- KOZMA, R. 1991. Learning with media. *Review of Educational Research*, vol 61: 179-211.
- KREPS, G & THORNTON, B. 1984. *Health Communication: theory and practice*. New York, Longman.
- KRIEL, A. 1996. *Eenders dink, Eenders doen?* Kaapstad: Lux Verbi.
- KRIGE, A. 1994. From paper to video, via computer rendered animation. *AV Specialist*, vol 19: 28-29.
- KRITZINGER, MSB & LABUSCHAGNE, FJ. 1980. *Verklarende Afrikaanse Woordboek*. Pretoria, Van Schaik.
- KURTZ, Z. 1985. Aids - a health education challenge. *Health Education Journal*, vol 44, no 4: 169-171.
- KUZWAYO, PM. 1992. Socio-cultural aspects of breastfeeding. *SALUS*, March, vol 15, no 1: 20-22.
- KYTE, S. 1989. Painting with pixels. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 12, no 2: 76-79.
- LABADARIOS, D. 1994. The South African dietitian: Often "abused" and critically underutilised. *South African Journal of Clinical Nutrition*, vol 9, no 17: 2-4.
- LAIDLAW, JM & HARDEN, RM. 1987. Printed material for patients with heart disease: are we really educating patients? *Medical Teacher*, vol 9, no 2: 201-203.
- LAIRD, D. 1985. *Approaches to Training and Development*. 2nd Edition. Reading Massachusetts, Addison-Wesley.
- LAMB, D. 1985. *The Africans. Encounters from the Soudan to the Cape*. London, Mandarin.
- LANGA, Z & CONRADIE, P. 1996. *Using interactive electronic media in community centres: A pilot study*. Pretoria, Human Sciences Research Council.
- LANGENHOVEN, ML, SWANEPOEL, ASP, et al. 1991. Macronutrient intake of preschool children and the contribution of specific food groups. *South African Journal of Food Science & Nutrition*, vol 3, no 1: 6-9.
- LARSEN, JV; MSANE, CL & MONKE, MC. 1983. The Zulu traditional birth attendant. *South African Medical Journal*, vol 63, no 2: 540-572.
- LARSON DUYFF, R & MARCANTELL, V et al. 1982. Soup-to-Nuts: a Television approach to nutrition education. *Journal of the American Dietetic Association*, vol 80, February: 157-159.
- LAVER, S. 1986. Developing communication strategies for health - the Zimbabwe experience, in DS Leathar et al, *Health Education and Media II*, London, Kogan Page: 253.

- LAVER, SML. 1994. Picture codes as discussion starters in AIDS education. *World Health Forum*, vol 15: 39-41.
- LAVIGNE, AS & ALBERT, W. 1986. The application of market segmentation in alcohol and drug education: the APPLAUSE project, in DS Leathar, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 11-16.
- LAVIN, AT. 1993. Comprehensive school health education: barriers and opportunities. *Journal of School Health*, vol 63, no 1: 24-27.
- LAWRENCE, R. 1988. The importance of breast-feeding support groups. *South African Medical Journal*, vol 74, no 15: 384.
- LAWSON, J & BALTACH, JC. 1981. Early progress report of practical experience with lifestyle programmes in a suburban population. *Medical Journal of Australia*, vol 2: 119-121.
- LAZARUS, J & WESTAWAY, MS. 1994. Health promotion trends in South Africa. Implications for research and development. Verslag. Parow-Vallei: Mediese Navorsingsraad.
- LEACH, ML. 1978. Pictorial depth and space: procedural, instrumental, cultural and experimental factors contributing to their perception by Shona children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol 9, no 4: 417-438.
- LEDWITH, F. 1984. Does tobacco sports sponsorship on television act as advertising to children? *Health Education Journal*, vol 43, no 4: 85-89.
- LEE, S-C. 1996. Perceptual considerations in icon design for instructional communication. *Educational Technology*, March: 58-60.
- LEFEBVRE, RC; LURIE, D; GOODMAN, LS *et al.* 1995. Social marketing and nutrition education: inappropriate or misunderstood? *Journal of Nutrition Education*, vol 27, no 3: 146-150.
- LEFKOWITZ, MM & HUESMANN, LR. 1980. Concomitants of television violence viewing in children, in EL Palmer, *Children and the faces of television*. New York, Academic Press.
- LE ROUX, AB. 1989. Oudiovisuele gesondheidsopvoeding in die multi-kulturele Suid-Afrikaanse samelewing, in J Hugo, *MEDIAMED 2000*. Kongresreferate. Universiteit van Stellenbosch, BGTO: 19-41.
- LEUVENNINK, J. 1991. 'n Oom vol stories. *De Kat*, Februarie: 84-85.
- LEVIN, JR. 1986. Pictorial strategies for school learning, in M Pressey & JR Levin, *Cognitive strategy research - educational applications*. New York, Springer Verlag: 203-237.
- LEVIN, LS. 1989. Health for today's youth, hope for tomorrow's world. *World Health Forum*, vol 10: 151-157.
- LEVIN, LS & ZIGLIO, E. 1996. Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice. *Health Promotion International*, vol 11, no 1: 33-40.
- LEVIN, MG & CABAN, R. 1986. Integrated information distribution systems: their implications for medical media. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 9, no 4: 147-148.
- LEVIN, S. 1996. Pilot study of a cafeteria program relying primarily on symbols to promote health choices. *Journal of Nutrition Education*, vol 28, no 5: 282-285.

- LEWY, A. 1987. Sources of evaluation criteria in education, with particular reference to the evaluation of ETV, in J Baggaley *et al.* ***Evaluation of Educational Television***, Johannesburg, South African Broadcasting Corporation: 49-108.
- LEY, P. 1988. ***Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance.*** London, Chapman & Hall.
- LIISBERG, E. 1993. Tell the world! ***World Health Forum***, vol 14: 267-274.
- LING, JCS. 1989. The media's role. ***World Health***, January: 24-25.
- LINNEY, AD; TAN, AC *et al.* 1993. Three-dimensional visualization of data on human anatomy: diagnosis and surgical planning. ***Journal of Audiovisual Media in Medicine***, vol 16, no 4: 4-10.
- LITTLEWORTH, L & FREDMAN, L. 1995. ***BETWEEN US. Talking about love, hurt, anger & fear.*** Manzini, Macmillan.
- LITTLEWORTH, L; SCREIBER, G *et al.* s.a. ***ROXY. Life, love and sex in the nineties.*** Capetown, Story Circle.
- LIVINGSTON, IL. 1993. HIV/AIDS control in Africa: the importance of epidemiological and health promotion approaches. ***Health Promotion International***, vol 8, no 3: 189-198.
- LIZAMORE, J. 1979. Selection of media, in R Eberlein *et. al.* ***Instructa 78.*** Durban, Butterworth: 142-166.
- LLOYD, J & COMBES, G. 1988. What do children know? ***Health Education Journal***, vol 47, no 2/3: 81-82.
- LLOYD, JR. 1991. Non-smokers do it without coughing. ***Health Education Journal***, vol 50, no 1: 18-19.
- LORENZ, RA; PICHERT, JW; BOSWELL, EJ *et al.* 1987. Training health profession students to be effective patient teachers. ***Medical Teacher***, vol 9, no 4: 403-407.
- LOVELL, S (Ed). 1990. ***Health in any language.*** North East Thames Regional Health Authority, London.
- LOWE, R. 1993. ***Successful instructional diagrams.*** London, Kogan Page.
- LUBBE, AJ; KING, DP *et al.* 1979. 'n Gehooranalise met betrekking tot 'n voedingsvoortligtingprogram in Suidwes-Kaapland. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- LUBBE, AJ. 1986. 'n Kommunikasie-analise met betrekking tot gesondheidsvoortligtingdienste: die benutting van massamedia deur stedelike en nie-stedelike Xhosas. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- LUCAS, B & HORN, C. 1993. Cape View. ***Screen Africa.*** July/August: 11.
- LULL, JT. 1977. Mass media and family communication: an ethiology of audience behaviour. ***Dissertation Abstracts***, 37(A): 5437-5438.
- LUYT, M. 1994. Innovative teaching systems gives new hope to handicapped children. ***CSD Bulletin***, Februar, vol 1, no 1: 13-14.
- LYLE, J. 1992. ***Body Language.*** London, Hamlin.

- LYON, C. 1982. Interactive computerized patient education. *Heart Lung*, vol 11: 340-341.
- LYONS, PJ. 1992. Education in South Africa: the impact of technology. *SA Journal of Higher Education*, vol 6, no 1: 51-58.
- LYTLE, LA; ELDRIDGE, AL et al. 1997. Children's interpretation of nutrition messages. *Journal of Nutrition Education*, vol 29, no 3: 128-136.
- MACCOBY, E & ALEXANDER, L. 1980. Use of media in lifestyle programmes, in PO Davidson (Ed), *Behavioral Medicine: changing health lifestyles*. New York, Brunner Mazel.
- MACDONALD, G & SMITH, C. 1990. Complacency, risk perception and the problem of HIV education. *AIDS Care*, vol 2, no 1: 63-68.
- MACHET, MP. 1991. The effect of cultural background on reader response and memory of text content. *SA Tydskrif Hoër Onderwys*, vol 5, no 1: 91-95.
- MACKENZIE, M. 1985. The anthropology of others and of ourselves related to weaning. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol 41: 497-501.
- MAESTRO-SCHERER, JB; BRUNER, CH & OSBORN, WS. 1979. Media for multicultural education. *AV Instruction*, vol 24, no 3: 24-25.
- MADHOK, R & BHOPAL, RS et al. 1992. Evaluation of an Aids awareness pack. *Health Education Journal*, vol 51, no 1: 23-28.
- MAGEZI, MG. 1991. Against a sea of troubles: AIDS control in Uganda. *World Health Forum*, vol 12: 302-306.
- MAIBACH, E. 1993. Social marketing for the environment: using information campaigns to promote environmental awareness and behavior change. *Health Promotion International*, vol 8, no 3: 209-224.
- MAIBACH, E & PARROTT, RL. 1995. *Designing Health Messages*. London, Sage.
- MALHERBE, D. 1996. The efficacy of a nutrition education breakfast programme in primary school children in Mitchell's plain. Referaat, 40ste Akademiese Jaardag. Fakulteit van Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch.
- MALHERBE, L. 1996. *Yes! vir Jesus. Hoe om vandag God se mens te wees*. Wellington, Protea Uitgewers.
- MAMADOULTAIBOU, A. 1994. Village theatre: Use of traditional communication techniques to promote vitamin A food consumption in Niger. Referaat, XVIth International Vitamin A Consultative Group Meeting. 24-28 October. Chiang Mai, Thailand.
- MANDIL, S. 1989. Health Informatics. *World Health*, Aug/Sept: 2-5.
- MANGAN, J. 1978. Cultural conventions of pictorial representation: iconic literacy and education. *Educational Communication and Technology*, vol 26, no 3: 245-267.
- MANN, JM. 1988. For a global challenge. *World Health*, March: 4-18.
- MANNING, LV & LEE, JA. 1988. Patients knowledge of diabetes: an area for concern. *Health Education Journal*, vol 47, no 4: 153-155.

- MANYENENG, WG. 1996. Formal and informal capacity building in support of the safe motherhood initiative in Botswana. *International Journal for Health Promotion and Education*, vol 3, no 3: 25-27.
- MARAIS, D la R; CALITZ, LP & VAN WYK, CFM. 1983. *Die integrering van onder-wysmedia in lesaanbieding*. Isando, McGraw-Hill.
- MARAIS, HC, CONRADIE, DP et al. 1985. Kommunikasie in 'n verdeelde samelewing. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- MARCHANT, H. 1988. *Communication Media and Development*. Durban, Butterworth.
- MARÉ, LS. 1985. Die verband tussen televisie en die waarde-oriëntasie van volwasse blankes en kleurlinge: resultate van navorsing van 1972-1985. Verslag KOMM 47. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- MARES, P; HENLEY, A & BAXTER, C. 1985. *Health Care in Multiracial Britain*. Cambridge, Health Education Council.
- MARIASY, Y. 1984. A village health worker's project in the Cuddapah district of Andhra Pradesh. *Health Education Journal*, vol 43, no 4: 107-111.
- MARSH, PO. 1983. *Messages that work. A guide to communication design*. Englewood Cliffs, Educational Technology Publications.
- MARSHALL, CE & RICHARDS, J. 1989. Developing culturally based patient education materials for non-reading elderly Hispanics. *TechTrends*, vol 39, no 1: 27-30.
- MARSHALL, RJ & EVANS, RW. 1992. Is your audiovisual teaching effective? *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 15, no 1: 17-21.
- MASKALIUNAS, R, JANKAUSKAS, R et al. 1995. Educational technology transfer in newly independent states: developing a medical multimedia library in Lithuania. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 18, no 1: 5-10.
- MASON, P & FITCH, V. 1991. Promoting safer drinking in general practice. *Health Education Journal*, vol 50, no 4: 204-207.
- MASSEY, DE. 1987. Teaching about aids in schools. *Health Education Journal*, vol 46, no 2: 66-68.
- MASSEY, DE. 1990. School sex education: knitting without a pattern? *Health Education Journal*, vol 49, no 3: 134-140.
- MARTIN, BL & BRIGGS, LJ. 1986. *The affective and cognitive domains*. Englewood Cliffs, Educational Technology Publications.
- MATIRU, B; MWANGI, A & SCHLETTE, R. 1995. *Teach your Best. A handbook for university lecturers*. German Foundation for International Development, s.p.
- MAURIZI, A. 1994. Humor and the theatre promote discussion. *World Health Forum*, vol 15: 181-183.
- MAYLATH, NB. 1988. Teaching rescue breathing with a milk jug manikin. *Journal of School Health*, vol 58, no 3: 110-111.
- MAYLATH, NS. 1989. Constructing concept maps for health education. *Journal of School Health*, vol 59, no 6: 269-270.

- MAYO, JK; HEALD, GR et al. 1988. Evaluating the Peruvian rural communication services project. *Media in Education & Development*, June: 48-51.
- MAZZULLO, JM, LASAGNA, L & GRINER, PF. 1974. Variations in interpretation of prescription instructions. *Journal of American Medical Association*, vol 227: 929-931.
- McANANY, EG. 1980. *Communications and the rural Third World*. New York, Praeger.
- McARTHUR, JR. 1982. Conventional and high-technology teaching methods for educating health professionals in developing nations. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 5, no 1: 21-26.
- McBEAN, G. 1996. A school fight against AIDS in the Caribbean, *International Journal of Health Promotion and Education*, vol 3, no 2: 13-18.
- McDERMOTT, TJ. 1989. Cartooning: a humorous approach to medical and health education. *Journal of Biocommunication*, vol 16: 20-27.
- McEWAN, R, BHOPAL, R & PATTON, W. 1991. Drama on HIV and Aids: an evaluation of the theatre-in-education programme. *Health Education Journal*, vol 50, no 4: 155-159.
- McFADYAN, M. 1986. Youth in distress. Letters to Just Seventeen. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 49-50.
- McGEE, PE. 1976. *Humor: its origin and development*. San Francisco, Freeman.
- McGINNIS, M. 1992. Opening Doors to Vital Health Information. *Media and Methods*. March/April: 16.
- McGUIRE, C. 1989. Towards an acceptable text. *Health Education Journal*, vol 48, no 4: 203.
- McILHENNY, H. 1979. Humour as a tool in communication. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 2, no 1: 16-20.
- McKEE, IH. 1985. Promoting health - a More constructive use of existing resources, in DS Leathar et al., *Health Education and the Media II*, Oxford, Pergamon: 177-180.
- McKENZIE, JF. 1987. A checklist for evaluating health information. *Journal of School Health*, vol 57, no 1: 31-32.
- McKINLEY, JB. 1979. A case for refocussing upstream: the political economy of illness, in EG Jaco. *Patients, Physicians and Illness*. London, MacMillan.
- McKINNON, JA. 1979. The impact of the media on whooping cough immunization. *Health Education Journal*, vol 37, no 3: 198-202.
- McLEAN, J & PIETRONI, P. 1996. Self-care. Who does it best?, in P Pietroni & C Pietroni, *Innovation in Community Care and Primary Health*. New York, Churchill Livingston: 88-95.
- McLEAVY, D. 1986. Helping children to make their own decisions. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 30-31.
- McLEOD, PJ. 1991. How to produce instructional text for a medical audience. *Medical Teacher*, vol 13, no 2: 135-144.

- McLUHAN, M. 1974. *Understanding Media: the Extensions of man*. New York, McGraw-Hill.
- McNEIL, DG. 1996. South Africa slow to battle spread of tuberculosis. *The New York Times*, October 13: 1.
- McQUAIL, D & Windahl, S. 1981. *Models for the study of mass communication*. New York, Longman.
- MEADE, CD & BYRD, JC. 1989. Patient literacy and the readability of smoking education literature. *American Journal of Public Health*, vol 79: 204-206.
- MENDELSON, H. 1968. Which shall it be: mass education or mass persuasion for health? *American Journal of Public Health*, vol 58: 131-137.
- MENDELSON, H. 1986. Lessons from a national media prevention campaign, in D Leathar *et al*, *Health Education and Media II*, Pergamon, Oxford: 133-136.
- MESSARIS, P. 1992. Visual manipulation: Visual means of affecting responses to images. *Communication*, vol 13: 181-195.
- METALINOS, N. 1983. The meaning of pictures. *Media in Education & Development*, June: 91-94.
- MEYER, M. 1989. Seeing is Deja Vu. *Video Monitor*, vol 7, no 5: 28.
- MICHEL, C. 1987. Educational radio and television - Their transfer to developing countries, in RM Thomas & VN Kobayashi, *Educational Technology. Its creation, development and cross-cultural transfer*. Oxford, Pergamon: 125-142.
- MICHIGAN HEALTH AUTHORITY. s.a. *Model for Comprehensive School Health*. Michigan: State University Press.
- MILBURN, K. 1996. The importance of lay theorising for health promotion research and practice. *Health Promotion International*, vol 11, no 1: 41-46.
- MITCHELL, RG. 1980. *Child Health in the Community*. New York, Churchill Livingstone.
- MITCHELL, SC & DAVIES, JK. 1986. The use of the media in health education - a view of its evolution in Scotland, in D Leathar *et al*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 171-176.
- MKHIZE, HB. 1981. Indigenous healing systems and western psychotherapies. M.Sc-thesis. Universiteit van Natal.
- MOLL, ME. 1986. Development theories applied to the Third World. MA-thesis. Universiteit van Stellenbosch.
- MOLSTAD, J. 1983. The role of technology in the improvement of instruction, in R Briel, *Mediakunde/Media Science*. Publikasie reeks van die Buro vir Voortgesette Onderwys, 7, RAU Johannesburg.
- MONACO, J. 1981. *How to read a film*. Second Edition. New York, Oxford University Press.
- MONAHAN, JL. 1995. Using positive affect when designing health messages, in E Maibach & RL Parrott (Ed), *Designing Health Messages*, London, Sage: 81-97.
- MONEKOSSO, GL. 1991. A Framework for achieving Health for All. Verslag. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.

- REGENSBERG, LD & TANCHEL, M. 1988. Are we telling elderly patients enough about their medication? *South African Medical Journal*, vol 74, September: 229.
- REID, D. 1996. How effective is health education via mass communications? *Health Education Journal*, vol 55, no 3: 332-344.
- REITSMA, GM; VORSTER, HH; VENTER, CS *et al.* 1994. A school feeding scheme did not improve nutritional status of a group of black children. *Journal of Clinical Nutrition*, vol 7, no 1: 10-17.
- REYNOLDS, L. 1979. Legibility problems in printed scientific and technical information. *Journal Audiovisual Media in Medicine*; vol 2, no 2: 67-70.
- RHODES, T. 1994. HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal*, vol 53, no 1: 92-99.
- RHODES, T & HOLLAND, J. 1992. Outreach as a strategy for HIV prevention. *Health Education Research*, vol 7, no 4: 533-546.
- RICE, W. 1987. Why Informal Methods?, in K David & T Williams. *Health Education in Schools*. London, Harper & Row: 176-192.
- RICH, T. 1991. Computer technology and education: Past performances and future promise. *Education and Training Technology International*, vol 28, no 2: 147-153.
- RICHMAN, J. 1987. *Medicine & Health*. London, Longman.
- RIMON, J. 1990. Sing and the world sings with you. *Development Communication Report*, vol 71: 8-9.
- RINDE, E *et al.* 1993. Telemedicine in rural Norway. *World Health Forum*, vol 14: 71-77.
- RITCHIE, JE. 1994. Education for primary health care: accommodating the new realities. *World Health Forum*, vol 15: 147-149.
- RITSON, R. 1992. Health information and training materials for developing countries. *Tropical Doctor*, October, vol 22: 43-44.
- ROBBINS, D. 1994. Health in the headlines. The role of the media in health. Impressions of the travelling seminar. 10-13 November 1994. Verslag. Durban, Health Systems Trust and Kaiser Family Foundation.
- ROBERTS, D & BACHEN, CM. 1981. Mass communication effects. *Annual Review of Psychology*, vol 32: 307-356.
- ROBINSON, B. 1995. Materials production in Open learning and Distance Learning, in F Lockwood, *Open and Distance Learning Today*. Routledge, London: 187-194.
- ROBINSON, CH. 1986. *Normal and Therapeutic Nutrition*. 17th Edition. London, MacMillan.
- ROBINSON, D. 1983. Self-help groups in Primary Health Care, in S Hatch & I Kickbush, *Self-help and health in Europe*. Copenhagen, World Health Organization: 11-19.
- ROBINSON, VM. 1977. *Humor and the medical profession*. New York, Slack Incorporated.

- ROBSON, B. 1989. High tech equipment in a low tech community, in J Hugo, *MEDI-AMED 2000. Conference Proceedings*. Universiteit van Stellenbosch, BGTO: 64-71.
- ROCHFORT, K. 1985. Spatial learning disabilities and under-achievement among university anatomy students. *Medical Education*, vol 19: 13-26.
- ROGERS, E & STORY, JD. 1987. Communication campaigns, in C Berger (Ed), *Handbook of Communication Science*, California, Sage.
- ROGERS, RS. 1973. The effect of televised sex education at the primary school level. *Health Education Journal*, vol 32, no 3: 87-93.
- ROSSITER, JC. 1993. Breast-feeding, the better option: getting the message across. *World Health Forum*, vol 14: 316-318.
- RÖSSNI, S. 1991. Television viewing, life style and obesity. *Journal of Internal Medicine*, vol 229: 301-302.
- ROUSSEAU, EH et al 1982. Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding. *Continuing Medical Education Journal*, October, vol 14: 701-704.
- ROUX, E. 1995. Developing an educational book about back pain: problems encountered - possible solutions, in J-P Assal; A Colay & A Visser, *New trends in patient education*. Amsterdam, Elsevier: 363-366.
- ROUX, H. 1994. Ouers bring nie hul kant by seksuele opvoeding van kinders. *CSD Bulletin*, Human Sciences Research Council, Sept/Oct: 12.
- ROZIK-ROSEN, A & ATLAS, S. 1994. Special needs - Special answers: the story of TLALIM at the service of sick children. *Educational Media International*, vol 31, no 1: 36-41.
- ROY, SW; RAHMAN, MM et al. 1993. Can mothers identify malnutrition in their children? *Health Policy and Planning*, vol 8, no 2: 143-149.
- RUBIN, DH. 1986. Educational interventions by computer in childhood asthma: a randomized clinical trial testing the use of a new teaching intervention in childhood. *Pediatrics*, vol 77: 1-10.
- RUCONICH, SK; ASHCROFT, SC & YOUNG, MF. 1986. Making micro-computers accessible to blind persons. *Journal of Special Education Technology*, vol 8, no 1: 37-40.
- RUDNICK, MF; PORTER, MC & SUYDAM, EL. 1973. Pictorial stimulus variables. *Viewpoints*, vol 49: 21.
- RUSSEL, MAH & WILSON, C et al. 1979. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*, vol 281: 231-234.
- SAAYMAN, W & KRIEL, J. 1992. *Aids: the leprosy of our time?* Johannesburg, Orion.
- SAIBABA, A; RAM, MM & DUBE, AK et al. 1993. Television for the promotion of health and nutrition information - a study of Indian urban viewers. *Educational Media International*, vol 30, no 2: 104-109.
- SALOOJEE, Y. 1994. Forming the habit? The determinants of smoking. *SALUS*, vol 17, no 2: 16-17.

- SALOMON, G. 1976. A cognitive approach to media. *Educational Technology*, May: 25-28.
- SALOMON, G. 1991. Transcending the qualitative-quantitative debate: The analytic and systematic approaches to educational research. *Education Research*, vol 20, no 6: 10-18.
- SALT, H; BOYLE, M & IVES, J. 1990. HIV prevention: current health promotion behaviour models for understanding psycho-social determinants of condom use. *AIDS Care*, vol 2, no 1: 69-76.
- SAMOVAR, LA & PORTER, RE. 1988. *Intercultural Communication: A Reader*. Belmont, Wadsworth.
- SCAMBLER, G. 1991. Health and Illness Behaviour, in G Scambler, *Sociology as Applied to Medicine*. London, Bailliere Tindall: 33-46.
- SCHEEL, NP & BRANCH, RC. 1993. The role of conversation and culture in the systematic design of instruction. *Educational Technology*, August: 7-17.
- SCHNEIDER, H & WALSWORTH-BELL, JP. 1992. *Evaluating Health Services' Effectiveness. A guide for health professionals, service managers and policy makers*. Milton Keynes: Open University Press.
- SCHOU, L & WIGHT, C. 1994. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dental Health*, vol 11: 97-100.
- SCHRAMM, W; LYLE, J & PARKER, EB. 1961. *Television and the lives of our children*. Stanford: University Press.
- SCHUMACHER, EF. 1974. *Small is Beautiful*. London, Abacus.
- SCHURINK, E & SCURINK, A. 1993. Aids: poor most at risk. *CSD Bulletin*, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, vol 5, no 7, Augustus: 1-2.
- SCHWARZ, MR. 1982. Communication satellites: their role in medical education & health care delivery. *Medical Teacher*, vol 4, no 1: 26-29.
- SCOTLAND, A. 1985. Towards readability and style. *Community Medicine*, vol 7: 126-132.
- SEAGER, J & CERFF, P. 1992. Health Promotion in Southern Africa. Mini-Symposium Proceedings. Parow-vallei, Medical Research Council.
- SEELS, BB & RICHEY, RC. 1994. *Instructional Technology: The definition and domains of the field*. Washington DC, Association for Educational Communication and technology.
- SEIDMAN, SA. 1981. On the contributions of music to media productions. *Educational Communication and Technology Journal*, vol 29: 49-61.
- SETILOANE, GM. 1988. African views on birth. *Nursing RSA*, vol 3, no 7: 43-45.
- SEYMOUR, H. 1984. health education versus health promotion - a practitioner's view. *Health Education Journal*. vol 43, no 2/3: 37-38
- SHAPIRO, J. s.c. *A Trolley Full of rights*. Cape Town: Story Circle
- SHAPIRO, M; CROOKES, RL & O'SULLIVAN, E. 1990. Screening antenatal blood samples for antibodies by a large-pool enzyme-linked immunisorbent assay system.

Results of an 18 month investigation. *South African Medical Journal*, vol. 77, no 12: 623-625.

SHAW, B. 1969. Visual symbols survey: Report on the recognition of drawings in Kenya. London, Centre for Educational Development Overseas.

SHEARS, AE. 1987. The use of media in nutrition education. *Media in Education and Development*. September: 95-99.

SHEARS, AE. 1988. There is a place for 'High-tech' Ed Tech in Developing countries, in C Osborne, *International Yearbook of Educational Technology*, London, Kogan Page: 12-22.

SHELL, DF; HORN, CA & SEVERS, MK. 1989. Computer-based compensatory augmentative communications technology for physically disabled, visually impaired and speech impaired students. *Journal of Special Educational Technology*, vol 10, no 1.

SHISANA, O. 1996. Sleutelreferaat, in T Vergnani, Conference Proceedings. Health Promoting Schools in South Africa: Challenges for the 21 st Century. University of Western Cape: 24-26.

SHOTSBERGER, PG. 1996. Instructional uses of the World Wide Web: Exemplars and Precautions. *Educational Technology*, March/April: 47-50.

SIGNORIELLI, N. 1990. Television and health: Images and impact, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 96-113.

SILBER, G. 1996. Gruwelspel. *De Kat*. Mei 1996: 58-60.

SILVERGLADE, BA. 1996. Using the food label to improve diet and health, in H Aoyama *et al*, XVth IUHPE Conference Proceedings. Tokyo, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 160-161.

SIMMONS, G. 1975. Message design: the prodigal son. *Medical and Biological Illustration*, vol 25: 29-35.

SIMONSON, MR. 1984. Media and persuasive messages. *Instructional Innovator*, February: 23-24.

SINCLAIR, C. 1994. Persoonlike korrespondensie. Guyana Agency for Health Sciences Education. 15 November.

SINGER, DG & SINGER, JL. 1983. Learning how to be intelligent consumers of television, in MJA Howe, *Learning from Television. Psychological and Educational Research*, London, Academic Press: 203-221.

SINOFSKI, ER & KNIRK, FG. 1981. Choose the right color for your learning style. *Instructional Innovator*, March: 17-19.

SLATER, MD. 1995. Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication, in E Maibach & RL Parrott (ed), *Designing Health Messages*, London, Sage: 186-198.

SLESS, D. 1981. *Learning and Visual Communication*. London, Croom Helm.

SMIT, MJ. 1989. 'n Kurrikulum vir aanvanklike onderwyseropleiding in onderwysmediakunde. D.Ed-proefskrif. Universiteit van Stellenbosch.

SNYMAN, D. 1995. Die Sarafina-sirkus. *Die Huisgenoot*, 21 Maart: 29

SOWDEN, S & HARDEN, RM. 1985. The effect of adjunct aids on learning from printed text. *Medical Teacher*, vol 7, no 1:63-68.

SPELLER, V. 1985. Defining health promotion. *Health Education Journal*, vol 44, no 2:96.

SPENCER, IWF. 1980. *Community Health. An introductory orientation for South African students*. Pietermaritzburg, Shuter & Shooter.

SPIER, A. 1992. Electronics and the crisis in education, in R McGregor, *Education Alternatives*, Cape Town, Juta: 455-478.

SPRING, A. 1980. Traditional and biomedical health care symptoms in North West Zambia: A case study of the Luvala, in PR Ulin & MH Segal, *Traditional health care delivery in contemporary Africa*. New York, Maxwell School of Citizenship: 58-79.

SPRINGETT, J & DUGDILL, L. 1995. Workplace health promotion programmes: towards a framework for evaluation. *Health Education Journal*, vol 54, no 1: 88-98.

STANTON, MP. 1986. Patient education in the hospital health-care setting. *Patient Education Counselling*, vol 5: 14-22.

STEDLER, A. 1992. Third World marketing - myth or reality? *Marketing Mix*, September: 27-38.

STEIN, JA. 1986. The cancer information service: Marketing a large-scale national information program through the media, in DS Leathar *et al*, *Health Education and Media II*. Oxford, Pergamon: 3-10.

STEUBEN, S & VOCKELL, EL. 1993. Reformatting text for learners with disabilities. *Educational Technology*. June: 46-55.

STEVENSON, T & LENNIE, J. 1992. Empowering school students in developing strategies to increase bicycle helmet wearing. *Health Education Research*, vol 7, no 4: 555-566.

STEWART, A. 1986. The design of print for health education - Principles for communication, in DS Leathar *et al*, *Health Education and the Media II*, Oxford, Pergamon: 23-30.

STEWART, G. 1991. Vooruitsigte vir die media in 'n post-apartheid Suid-Afrika. *Suid-Afrikaanse Oorsig*, vol 17, no 2.

STEWART, G; De Kock, C *et al*. 1995. *Communicating for the professions*. Capetown, Juta.

STEWART, TH. 1989. *An Introduction to Public Health*. Third Edition. Durban, Butterworth.

STEWART, L & CASSWELL, S. 1993. Media advocacy for alcohol policy support: results from the New Zealand community action project. *Health Promotion International*, vol 8, no 3: 167-175.

STEYN, M. 1987. Evaluering van die TB motivering- en voorligtingprogram onder swartes in geselekteerde gebiede. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

STEYN, K. 1989. Teenstrydige gesondheidsinligting verwar die publiek. *MNR Nuus*, Mediese Navorsingsraad, Desember: 9-10.

- STOCKDALE, JE & DOCKRELL, JE et al. 1989. The self in relation to mass media representations of HIV and AIDS - match or mismatch? *Health Education Journal*, vol 48, no 3: 121-130.
- STONE, HJS. 1990. Koester Ons Jeug 2000. Verslag. Pretoria, Departement Nasionale Opvoeding.
- STONEALL, L. 1991. *How to write training materials*. San Deigo, Pfeiffer.
- STONEMAN, Z & BRODY, GH. 1981. Peers as mediators of television food advertisements aimed at children. *Developmental Psychology* vol 49, no 1: 96-104.
- STORY, M & FAULKNER, P. 1990. The Prime Time diet: A content analysis of eating behavior and food messages in television program content and commercials. *American Journal of Public Health*, vol 80, no 6: 738-740.
- STRASSER, T & GALLAGHER, J. 1994. The ethics of health communication. *World Health Forum*, vol 15: 175-177.
- STUYCK, SC. 1990. Public health and the media: Unequal partners?, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 71-77.
- SULLIVAN, A & WEST, J. 1988. Surveying attitudes to cervical cancer literature and smear test. *Health Education Journal*, vol 47, no 2/3: 47-50.
- SULLIVAN, HJ & IGOE, AR et al. 1994. Perspectives on the future of educational technology. *Educational Technology Research and Development*, vol 41, no 2: 1042-1629.
- SUTHERLAND, M & GALLOWAY, J. 1981. The role of advertising: persuasion or agenda setting? *Journal of Advertising Research* vol 21, no 5: 25-29.
- SUTTON, SR & HALLET, R. 1987. Experimental evaluation of the BBC TV series: "So You want to stop smoking?" *Addictive Behavior*, vol 12: 363-366.
- SWAN, AV; MELIA, RWJ et al. 1986. Why do more girls than boys smoke cigarettes? *Health Education Journal*, vol 48, no 2: 59-63.
- SWANEPOEL, H. 1992. *Community development. Putting plans into action*. Second Edition. Cape Town, Juta.
- SWARTS, M. 1997. Belief and lifestyle: Keys to the prevention and cure of cancer. *In Focus*. Human Sciences Research Council, vol 4, no 4, January: 17-23.
- SWEENEY, MA & SKIBA, D. 1995. Combining telecommunications and interactive multimedia health information on the electronic superhighway. *Medinfo*, vol 8, no 2: 1524-1527.
- SWINSCOW, TDV. 1983. Faulty illustration: a personal view. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 6, no 3: 105-106.
- TAKANO, T; NAKAMURA, K & AKAO, C. 1995. Assessment of the value of video-phones in home healthcare. *Telecommunication Policy*, vol 19, no 3: 241-248.
- TANABE, S. 1995. Health promotion through alternative healing practices in modern Japan. Kleingroepsessie, XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- TANNAHILL, A. 1985. What is health promotion? *Health Education Journal*, vol 44, no 4: 167-168.

- TANNAHILL, A. 1990. Health education and health promotion: planning for the 1990's. *Health Education Journal*, vol 49, no 4: 194-198.
- TAN-TORRES, T. 1995. Technology assessment in developing countries. *World Health Forum*, vol 16, no 1: 74-76.
- TAPERA, S. 1995. Persoonlike onderhoud. 4 April. Kaapstad, Arthur's Seat Hotel.
- TAYLOR, R. 1981. A survey of the use of televised consultation by teachers of general practice. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 4, no 2: 52-54.
- TEMPLE, J. 1995. Job creation through a vibrant telecommunications industry in South Africa. SAUK TV aanbieding tydens TELECOMS ALIVE. 24 Maart.
- TERUI, S *et al.* 1995. A study of self-check-up using simplified medical apparatus with a view to health education. Plakkaatreferaat, XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- TERWILLIGER, SH. 1994. Early access to health care services through a rural school-based health centre. *Journal of School Health*, vol 64, no 7: 254-290.
- The HLM programme of technical assistance: An overview. s.n. Health *Learning Materials Network News*, No 25, February: 6-7.
- THOMAS, JFG & STARTUP, R. 1991. Social influences on the dental health behaviour of five year-olds. *Health Education Journal*, vol 50, no 3: 111-114.
- THOMAS, RM. 1987. The nature of educational technology, in RM Thomas en VN Kobayashi, *Educational Technology - Its creation, development and cross-cultural transfer*. Oxford, Pergamon: 1-24.
- THOMSON, W. 1984. Glue-sniffing and the use of posters. *Health Education Journal*, vol 43, no 2/3: 50-53.
- TODD, R & GELBIER, S. 1988. Eat more food, get more health - attitudes and food habits of a group of Vietnamese refugees. *Health Education Journal*, vol 47, no 4: 149-153.
- TOMPA, K. 1991. The transferability of information technology. *Educational Media International*, vol 31, no 1: 31-35.
- TONES, BK. 1977. The role of the community health education specialist in the delivery of health care. *Health Education Journal*, vol 36, no 4: 106-108.
- TONES, K. 1986 a. Preventing drug misuse: the case for breadth, balance and coherence. *Health Education Journal*, vol 45, no 4: 223-229.
- TONES, K. 1986 b. Promoting the health of young people - the role of personal and social education. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 14-18.
- TONES, K. 1987. Health promotion, affective education and the personal-social development of young people, in K David & T Williams, *Health Education in Schools*. London, Harper & Row: 3-45.
- TONES, K. 1990. Why theorise? Ideology in health education. *Health Education Journal*, vol 49, no 1: 2-6.
- TONES, K; TILFORD, S & ROBINSON, Y. 1991. *Health education. Effectiveness, Efficiency and Equity*. London, Chapman & Hall.

TONES, K. 1993. Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. *Health Education Journal*, vol 52, no 3: 125-139.

TONES, K. 1997. Health education, behaviour change and the public health, in R Detels *et al.* *Oxford Textbook of Public Health. 3rd Edition, Vol 2, The methods of public health*. Oxford, University Press: 783-814.

TOWNER, E. 1986. Adult dental health education. *Health Education Journal*, vol 45, no 4: 245.

TREURNICHT, GM. 1991. Onderzoek na die samestelling van 'n parafienplakkaat en -pamflette. Verslag. Pretoria: Departement van Nasionale Gesondheid.

TUCKER, LA. 1985. Television's role regarding alcohol use among teenagers. *Adolescence* vol 20, no 3: 593-598.

TURNBULL, SR. 1985. The training of health professionals for effective use of media in health education, in DS Leather *et al.* *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 193-196.

TURNER, B & LARCOMBE, R. 1983. Health information and education for inpatients and outpatients via CCTV. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 6, no 1: 13-14.

TURNER, J & IRWIN, G. 1981. Do patients read breast self-examination booklets? *Health Education Journal*, vol 40, no 1: 11-13.

TURNER, JG & CHAVIGNY, KH. 1988. *Community Health Nursing*. Philadelphia, Lippencott.

ULLMER, EJ. 1994. Media and learning: Are there two kinds of truth? *Educational Technology Research and Development*, vol 42, no 1: 21-32.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. 1995. *Effective Communications for Nutrition in Primary Health Care*. New York.

VAHABI, M & FERRIS, L. 1995. Improving written patient education materials: a review of the evidence. *Health Education Journal*, vol 54: 99-106.

VALENBUHA, V. 1987. Using traditional media in environmental communication. Verslag. Asian Mass Communication Research and Information Centre, Singapore.

VAN ASWEGEN, A. 1986. Bepaling van die effektiwiteit van KORIS-plakkate. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

VAN ASWEGEN, A & STEYN, M. 1987. Bepaling van die effektiwiteit van foto's en illustrasies as vorme van beeldkommunikasie vir die oordra van 'n boodskap onder landelike swartes. Verslag. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

VAN DER VLIET, V. 1995. Net 'n mediese wonderwerk kan vigssterftes afweer. *Die Burger*, 1 Desember: 13.

VAN DER VLIET, V. 1996. Niemand sal aan gevolge van vigs-epidemie ontsnap. *Die Burger*, 30 November: 13.

VAN DER WAL, RWE & VAN DER LINDE, HJ. 1991. Computer-assisted Science Instruction - An experience in developing communities within the South African context. *Educational and Training Technology International*, vol 28, no 3: 188-195.

VAN OUDTSHOORN, S. 1994. Children and smoking. *SALUS*, vol 17, no 2: 21-23.

- VAN REEK, J & ADRIAANSE, H. 1986. Anti-smoking information and changes of smoking behaviour in the Netherlands, UK, USA, Canada and Australia, in DS Leather *et al*, **Health Education and Media II**, Oxford, Pergamon: 45-50.
- VAN REENEN, J. 1990. Adult learning and video training in health care. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 13, no 4: 143-145.
- VAN RENSBURG, HCJ; PRETORIUS, E & FOURIE, A. 1992. **Gesondheidsorg in Suid-Afrika. Struktuur en Dinamika**. Pretoria, Academica.
- VAN RENSBURG, JH. 1995. **South African Yearbook 1995**. Pretoria, South African Communication Service.
- VAN ROOYEN, L & LOUW, N. 1994. **Sexuality Education. A guide for educators**. Pretoria, Van Schaik.
- VAN SCHOOR, M. 1977. **Bestaanskommunikasie**. Bloemfontein, PJ de Villiers.
- VAN SCHOOR, M. 1982. **Wat is Kommunikasie?** Pretoria, Van Schaik.
- VAN VUUREN, DP & HERSELMAN, C. 1987. The evaluation of ETV-programmes in South Africa: Some HSRC initiatives, in J Baggaley *et al*. **Evaluation of Educational Television**, Johannesburg, South African Broadcasting Corporation: 303-263.
- VAN WYK, D. 1991. Voorkoming van VIGS: Psigo-sosiale voorspellers van houding, gedrag en gedragsverandering. D.Phil-proefskrif. Universiteit van Suid-Afrika.
- VAN ZYL, J. 1992. Radio and TV Education, in R & A McGregor, **Education Alternatives**, Capetwon, Juta: 435-454.
- VAQUE, J & SALLERAS, L. 1986. The use of communication media in a programme against tobacco smoking, in DS Leather *et al*, **Health Education and Media II**, Oxford, Pergamon: 117-122.
- VERWEY, S. 1996. The use of electronic media at the Alexsan Kopano Community Centre. Verslag. Department of Communications, Rand Afrikaans University.
- VILJOEN, HC. 1994. Die rol van die elektroniese media as brugbouer in die Suid-Afrikaanse opset. Referaat. Kongres van SA Vereniging vir Kultuurgeskiedenis. 30 Junie-1 Julie 1994. Wellington.
- VISSER, EM. 1986. Die kongruering van leerstyle en onderrigstrategieë in tersiêre onderwys. Ph.D-proefskrif. Universiteit van Stellenbosch.
- VISSER, S. 1996. Health for the future - adapt or die. **News for the Human Sciences Bulletin**, March, vol 3, no 1: 14-15.
- VOS, T. 1994. Attitudes to sex and sexual behaviour in rural Matabeleland, Zimbabwe. **AIDS Care** vol 6, no 2: 193-203.
- VUORI, H 1982. The World Health Organization and traditional medicine. **Community Medicine**, vol 4, no 2: 129-137.
- VUORI, H. 1984. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, vol 6, no 3: 221-231.
- WAGNER, D. 1987. **The Future of Literacy in a Changing World**. Oxford, Pergamon.

- WALLACK, L. 1990 a. Social marketing and media advocacy: two approaches to health education. *World Health Forum*, vol 11: 143-154.
- WALLACK, L. 1990 b. Mass media and health promotion: Promise, problem and challenge, in C Atkin & L Wallack, *Mass communication and public health*. London, Sage: 41-51.
- WALKER, ARP. 1993. Dietary interventions in South African Populations: Where are we going?. *SA Journal of Clinical Nutrition*, vol 6, no 2: 2-5.
- WALKER, ARP; WALKER, BF & LABADARIOS, D. 1994. The dilemma of health intervention in impoverished Africa. *South African Journal of Epidemiology and Infection*, vol 9, no 2: 37-39.
- WALSTER, D. 1986. Effective communication strategies with older people: An emerging pattern of good practice, in DS Leather *et al*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 141-148.
- WANG, C. 1995. Communication for empowerment through photo novella: a women's health and development program in rural Yunnan, China. Kleingroepaangebieding. XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- WANG, D; ZHANG, Z & ZHENG, S. 1993. Computers against disease. *World Health Forum*, vol 14: 298-304.
- WATNEY, S. 1987. People's perceptions of the risk of Aids and the role of the mass media. *Health Education Journal*, vol 46, no 2: 62-65.
- WATSON, M. 1989. Local mass media and Look After Your Heart! *Health Education Journal*, vol 48, no 2: 92-93.
- WATTLETON, F. 1987. American teens: sexually active, sexually illiterate. *Journal of School Health*, vol 57, no 9: 379-381.
- WEBB, P. 1994. *Health promotion and patient education. A professional's guide*. London, Chapman & Hall.
- WEBB, R & TOSSELL, D. 1991. *Social issues for carers. A community care perspective*. London, Edwin Arnold.
- WEIS, W & BURKE, C. 1986. Tobacco advertising and the media: structural barriers to the communication of health risks and benefits, in DS Leather *et al*, *Health Education and the Media II*, Oxford, Pergamon: 67-72.
- WELLINGS, K. 1988. Heterosexual spread of AIDS: a challenge for health education. *Health Education Journal*, vol 46, no 4: 143-147.
- WELLS, S. 1976. *Instructional Technology in developing countries*. New York, Praeger.
- WEN-ZHING, T & McDERMOTT, JF. 1981. *Culture, Mind and Therapy. An introduction to cultural psychology*. New York, Bunner/Mazel.
- WERNER, D & BOWER, B. 1987. *Helping Health Workers Learn*. Palo Alto, Hesperi Foundation.
- WESTAWAY, M; SEAGER, J & CERFF, P. 1991. Health promotion in Southern Africa. Report on proceedings of workshop: Evaluation methodology for health promotion. Verslag. Pretoria, Mediese Navorsingsraad.

- WESTAWAY, MS. 1995. Expressed health education needs: An African community perspective. Referaat. XVth IUHPE Conference. 20-25 Augustus, Japan.
- WESTERN CAPE GOVERNMENT. 1995. Finalisation of provincial health plan. Capetown, Ministry of Health and Social Services.
- WETTON, N & MOON, A. 1987. Health education in primary schools, K David en T Williams, *Health Education in schools*, London, Harper & Row: 48-59.
- WETTON, NM. 1987. Education in health. Issues for the early years of school. *Health Education Journal*, vol 45, no 1: 28-29.
- WHITEHEAD, M. 1991. Aids: are we communicating? Editorial. *Health Education Journal*, vol 50, no 4: 154.
- WHITEHEAD, M. 1992. Editorial. The missing link. *Health Education Journal*, vol 51, no 2: 54.
- WHITTEN, WB. 1992. The hurdles of technology transfer. *Educational Technology*, May: 19-24.
- WIIO, J; PUSKA, P & KOSKELA, K. 1986. Television in national health promotion in Finland: the "Keys to Health" TV program in 1982, in DS Leather *et al*, *Health Education and the Media II*, Oxford, Pergamon: 31-40.
- WILEMAN, RE. 1993. *Visual communication*. Englewood Cliffs New York, Educational Technology Publications.
- WILKENING, W. 1981. Reintegration: the slow march of progress. *International Journal of Health Education*. May/June.
- WILLARD, N. 1986. Selling healthy behaviour: Success and Failures, in DS Leather *et al*, *Health Education and Media II*, Oxford, Pergamon: 57-60.
- WILLIAMS, AR. 1985. Interactive television for distance learning. *Journal of Audio-visual Media in Medicine*, vol 8, no 2: 57-64.
- WILLIAMS, G. 1988. WHO's fortieth Anniversary. *World Health Forum*, vol 9: 189-200.
- WILLIAMS, JH. 1996. The school environment and health. *International Journal of Health Education and Promotion*, vol 3, no 1: 10-14.
- WILSON, H & LE ROUX, A. 1990. Die formatiewe evaluering van 'n opvoedkundige videoprogram, in C Potgieter, Video op Tersiêre Vlak. Hedendaagse benaderings en tegnieke. Kongresverrigtinge. 5-6 November 1990. Universiteit van Witwatersrand: 107-122.
- WILSON, P. 1982. *Practical dental health education. A guide to home-made resources and ideas*. Southern Derbyshire Health Authority. Second Edition.
- WILSON, TC. 1981. *The design of printed instructional materials: research on illustrations and typography*. Syracuse University, Syracuse Clearinghouse on Information Resources.
- WITTE, K. 1995. Using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages, in E Maibach & RL Parrott (Ed), *Designing Health Messages*, London, Sage: 145-166.

WITTKOWER, ED & FRIED, J. 1968. *Some problems of Transcultural Psychiatry. The Sociology of Mental Disorders*. Staples Press.

WONG, SL & DONNAN, SPB. 1992. Influence of socioeconomic status on cardiovascular disease in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol 46: 148-150.

WOODCOCK, A; STENNER, K & INGHAM, R. 1992. "All these contraceptives, videos and that..." Young people talking about school sex education. *Health Education Research*, vol 7, no 4: 517-532.

WOODS, C. 1991. Anti-smoking education: working with the teenage magazine market. *Health Education Journal*, vol 50, no 1: 19-26.

WOODS, D. 1995. Referaat. Experience with a distance learning programme. African Regional Conference on Medical Education. 2-5 April 1995. Kaapstad.

WORDEN, J; FLYNN, B & GELLER, B *et al.* 1988. Development of a smoking prevention mass media program using diagnostic and formative research. *Preventive Medicine*, vol 17: 531-558.

WORLD BANK. 1993. World Development Report. Investigating in Health. Oxford, University Press.

WORLD BANK. 1995. *Better Health in Africa. Experience and Lessons Learned*. Oxford, University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1954. Report of Expert Committee on Health Education of the Public. Technical Report No 89. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1978. Declaration of Alma Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1985. Health manpower requirements for the achievement of health by the year 2000 through primary health care. Technical Report Series 717. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion 1: iii-v.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1987. Guidelines for the development of a national Aids prevention and control programme. WHO Aids Series 1. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1990. A Call for Action. Promoting health in developing countries. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1991. A Framework for Achieving Health for All. African Office.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993. Implementation of the global strategy for Health for All by the year 2000. Second Evaluation Report. Vol 1. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1994. The WHO/UNDP health learning materials (HLM) programme. A success story in international cooperation. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1995a. The World Health Organization's School Health Initiative. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1995b. The Health Education and Promotion Unit (HEP). Geneva.

- WOUTERS, AV. 1992. Health care utilization patterns in developing countries: Role of the technology environment in deriving the demand for health care. *World Health Forum*, vol 70, 3: 381-389.
- WRIGHT, L; TONES, K & HOWE, B. 1989. Understanding drug misuse - linking theory with practice. *Health Education Journal*, vol 48, no 2: 65-68.
- YACH, D; SHISANA, O *et al.* 1992. Medical Research Council Visit for Technical Cooperation to WHO Africa Regional Office. Brazzaville, 4-8 May 1992. Verslag. Parow-Vallei: Mediese Navorsingsraad.
- YACH, D. 1994. Prevent sports sponsorship by the tobacco industry. *South African Medical Journal*, vol 84, no 12: 823-826.
- YACH, D & PATERSON, G. 1994. Tobacco advertising in South Africa with specific reference to magazines. *South African Medical Journal*, vol 84, no 12, December: 838-841.
- YEO, M. 1993. Toward an ethic of empowerment for health promotion. *Health Promotion International*, vol 8, no 3: 225-236.
- YOKOO, M & MORIYAMA, M. 1996. Helping children to construct their own view of health and environment by mapping conceptual keywords, in H Aoyama *et al.* XVth IUHPE Conference Proceedings, Tokyo, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 272-276.
- YOSHIDA, T. 1996. Health learning: A new paradigm for health education in Japan, in H Aoyama *et al.* XVth IUHPE Conference Proceedings. Tokyo, Hoken-Dohjinsha Incorporated: 349-350.
- YOSHIKE, N *et al.* 1995. A nutrition education program for children and adolescents by an interactive multimedia system. Plakkaatreferaat. XVth IUHPE Conference, 20-25 Augustus, Japan.
- YUNES, J; CHEALALA C & BLAISTEN, N. 1994. Children's health in the developing world: much remains to be done. *World Health Forum*, vol 15: 73-76.
- ZAHNER, JE; REISER, RA; DICK, W & GILL, B. 1994. Evaluating instructional software: a simplified model. *Educational Technology Research and Development*, vol 40, no 3: 55-62.
- ZHI-CHENG, W. 1994. The production of medical audiovisual teaching materials - Chinese style. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, vol 17, no 3: 132-134.
- ZIMMER, A & ZIMMER, F. 1978. *Visual literacy in communication: designing for development*. Hulton Education Press.
- ZIMMERMAN, HJ & PERKIN, GW. 1982. Instruction through pictures: print materials for people who do not read. *Information Design Journal*, vol 3, no 2: 119-134.
- ZIMMERMAN, JL. 1996. The electronic window to the world. *Journal of Dental Education*, vol 60, no 1: 33-40.

